

DES
ADÉNITES DE LA JOUE
(ADÉNITES GÉNIENNES)

(VINGT OBSERVATIONS INÉDITES)

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le jeudi 17 novembre 1892

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Paul VIGIER

ÉLÈVE A L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

Né à Bergerac (Dordogne), le 14 octobre 1870.



LYON

ASSOCIATION TYPOGRAPHIQUE

RUE DE LA BARRE, 12. -- F. PLAN, DIRECTEUR

Novembre 1892

DES
ADÉNITES DE LA JOUE
(ADÉNITES GÉNIENNES)

(VINGT OBSERVATIONS INÉDITES)

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le jeudi 17 novembre 1892

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Paul VIGIER

ÉLÈVE À L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

Né à Bergerac (Dordogne), le 14 octobre 1870.



LYON

ASSOCIATION TYPOGRAPHIQUE

RUE DE LA BARRE, 12. -- F. PLAN, DIRECTEUR

Novembre 1892

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET. DOYEN.
GAYET. ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. DESGRANGES, PAULET, BOUCHACOURT, CHAUVEAU, GLÉNARD.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	}	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales		BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements.	}	OLLIER.
Clinique ophthalmologique		PONCET.
Clinique des Maladies cutanées et syphilitiques		FOCHIER.
Clinique des Maladies mentales		GAYET.
Physique médicale		GAILLETON.
Chimie médicale et pharmaceutique.		PIERRET.
Chimie organique et Toxicologie		MONOYER.
Matière médicale et Botanique		HUGOUNENQ.
Zoologie et Anatomie comparée		CAZENEUVE.
Anatomie		FLORENCE.
Anatomie générale et Histologie.		LORTET.
Physiologie		TESTUT.
Pathologie interne		RENAUT.
Pathologie externe.		MORAT.
Pathologie et Thérapeutique générales		TEISSIER (J.).
Anatomie pathologique.		BERNE.
Médecine opératoire		MAYET.
Médecine expérimentale et comparée.		TRIPPIER (RAYMOND).
Médecine légale		X...
Hygiène		ARLOING
Thérapeutique		LACASSAGNE.
Pharmacie.		ROLLET.
		SOULIER.
		CROLAS.

PROFESSEUR-ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes LAROYENNE

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants. MM. PERRET, agrégé.
Accouchements POLLOSSON, agrégé.
Botanique. BEAUVISAGE, id.

AGRÉGÉS

MM. AUGAGNEUR.	MM. DEVIC.	MM. PERRET.	MM. ROQUE.
BEAUVISAGE.	DIDELOT.	POLLOSSON.	ROUX.
CONDAMIN.	GANGOLPHE.	ROCHET.	VIALLETON.
COURMONT.	JABOULAY.	RODET.	WEILL.
DEROIDE.	LANNOIS.	ROLLET.	

M. ÉTIÉVANT, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. PONCET, *Président*; M. LANNOIS, *Assesseur*; MM. JABOULAY et CONDAMIN, *Agrégés*.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MA GRAND'MÈRE

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MON FRÈRE

A MA SOEUR

A MES ONCLES

A MES TANTES

A MES AMIS

A M. LE DOCTEUR TESTUT

Professeur d'Anatomie à la Faculté de médecine de Lyon

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE DOCTEUR PONCET

Professeur de Clinique chirurgicale.

A MES MAÎTRES ET A MES CHEFS

DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

Ce n'est pas sans une certaine émotion que nous quittons cette Faculté de médecine de Lyon où se termine notre vie d'étudiant, que nous disons adieu à ses maîtres vénérés qui ont bien voulu nous prodiguer leurs conseils et nous accorder leur bienveillance.

Des sages notions cliniques qui nous ont été données dans les services hospitaliers, des savantes leçons qui nous ont été faites à la Faculté, de tous ceux qui ont guidé nos premiers pas dans la carrière médicale, nous garderons le souvenir le plus durable.

A M. le professeur Testut, qui a bien voulu nous honorer de son amitié et nous prêter l'appui de ses conseils éclairés, nous dédions la partie anatomique de ce modeste travail. Le grand anatomiste voudra bien nous pardonner l'hommage d'un opuscule aussi indigne de lui et de son œuvre. Il considérera, nous

l'espérons, cette dédicace comme un simple témoignage de toute notre reconnaissance, comme un faible gage en retour de tout ce que nous lui devons. Nous ne saurions oublier la sollicitude dont il ne s'est jamais départi à notre égard, ni méconnaître les recherches anatomiques dont nous lui sommes redevable.

A M. le professeur Poncet, qui nous a inspiré cette étude et qui nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse, nous offrons la partie pathologique de cet essai. Non seulement nous lui devons l'idée première de ce travail, mais encore il a bien voulu nous communiquer ses observations, nous faciliter la tâche par ses conseils journaliers, et nous transmettre tout ce que lui suggérerait sa grande expérience. Heureux et fier d'avoir travaillé sous la direction d'un tel maître, nous devons le remercier de l'aménité avec laquelle il nous a toujours accueilli, des gracieuses attentions dont il nous a si souvent entouré. Notre dette de reconnaissance ne s'arrête pas là; il nous reste à remercier M. Poncet de ses cliniques de l'Hôtel-Dieu. D'ailleurs, lui exprimer notre gratitude, n'est-ce pas nous faire l'interprète des nombreux disciples qui ont eu la bonne fortune de suivre ses leçons?

Nous avons été très touché des marques d'intérêt que nous ont témoignées MM. les professeurs agrégés M. Pollosson et Jaboulay. Les documents que ces deux maîtres sympathiques ont bien voulu mettre à notre disposition nous ont été d'un puissant secours pour mener à bien ce travail.

M. le professeur Debierre a eu l'obligeance de

s'occuper de nos recherches anatomiques. Nos remerciements à l'éminent professeur de Lille, pour son accueil affable et pour sa haute collaboration.

Je suis très obligé à M. Devars, étudiant en médecine, de m'avoir communiqué un magnifique dessin d'après nature. Quant à notre excellent camarade Genod, qui a parfois négligé ses occupations personnelles pour l'exécution de nos dessins, nous le remercions bien sincèrement du concours qu'il a bien voulu nous prêter.

INTRODUCTION

Nous avons souvent entendu M. le professeur Poncet appeler l'attention sur la présence de ganglions pathologiques dans certaines régions de la face où l'anatomie n'avait pas, jusqu'à ce jour, indiqué leur présence. Ces ganglions à siège anormal peuvent, comme ceux de toute autre région, être le point de départ d'altérations diverses, depuis l'hypertrophie simple, depuis l'infiltration tuberculeuse sous ses diverses formes, jusqu'aux adénites infectieuses aiguës. Ils intéressent, comme on le voit, l'anatomiste et le clinicien. A ce double titre, les ganglions en question nous ont paru mériter une étude complète. C'est en nous appuyant sur des observations très démonstratives, dont la plupart nous ont été communiquées par M. Poncet, que nous cherchons à établir les adénites des joues.

Rien n'est plus fréquent que les polyadénites cervico-faciales. A l'Hôtel-Dieu de Lyon, nous en avons observé de nombreux exemples, et nous avons souvent vu des ganglions qui appartiennent à la face, les

ganglions préauriculaires et parotidiens, être envahis. Jusqu'à ce jour, ces adénites parotidiennes étaient les seules adénites faciales que l'on connaissait.

Les adénites dont nous parlons, qui appartiennent également à la face, occupent un siège tout différent. Les ganglions enflammés observés à plusieurs reprises par M. Poncet (le dessin très démonstratif d'une tuberculose ganglionnaire génienne que nous donnons (fig. 2) date de 1887), siégeaient dans l'épaisseur de l'une ou l'autre joue à une hauteur variable. Ils étaient compris dans un espace quadrilatéral dont les limites approximatives auraient été, en arrière le bord antérieur du masséter, en avant la commissure labiale prolongée verticalement, en haut le sillon naso-labial prolongé, enfin en bas le bord inférieur du maxillaire inférieur.

Il appartient à la clinique de signaler la présence de ces ganglions, et à des recherches anatomiques d'en fournir la démonstration.

Dans notre travail, nous établirons de par l'anatomie l'existence chez certains sujets de ganglions occupant l'épaisseur de la joue, et situés plus ou moins haut au-dessus du bord inférieur du maxillaire suivant le trajet de l'artère faciale. Nous montrerons ensuite par des observations cliniques en assez grand nombre, que ces ganglions sont encore assez fréquemment atteints et que leurs altérations peuvent être confondues avec des lésions des organes voisins. Jusqu'aux recherches de M. Poncet, leur diagnostic devait être en effet méconnu, et plusieurs fois des erreurs d'interprétation ont dû être commises.

DES

ADÉNITES DE LA JOUE

(ADÉNITES GÉNIENNES)

CHAPITRE PREMIER

DES GANGLIONS LYMPHATIQUES GÉNIENS

La plupart des auteurs qui ont traité des lymphatiques passent sous silence les ganglions géniens. En consultant divers mémoires et traités d'anatomie, en examinant de nombreuses planches représentant les lymphatiques de la face, nous n'avons pas trouvé d'indications qui leur soient relatives. C'est à peine si deux ou trois ouvrages font mention des ganglions de la joue, encore les indications qu'ils donnent à ce sujet sont-elles peu précises.

En Allemagne et en Angleterre, les anatomistes les plus consciencieux, dans les descriptions détaillées qu'ils fournissent de la face ne signalent jamais de ganglions lymphatiques existant dans l'intérieur de la joue. Tous ceux que nous avons consultés sont muets à ce sujet, et Luschka par exemple qui, dans son Livre de la Face, consacre un chapitre assez complet à la circulation lymphatique de la face, ne fait aucune allusion à leur existence.

Pour ces anatomistes, les vaisseaux lymphatiques qui suivent le trajet de la faciale, ou qui proviennent des organes voisins, vont tous se jeter dans les ganglions sous-maxillaires sans présenter de glandules lymphatiques sur leur parcours. Voici quelques passages extraits du livre de Luschka qui nous montrent la manière dont cet auteur envisage les réseaux lymphatiques de la face :

« En général, dit Luschka, les vaisseaux lymphatiques suivent le cours des plus gros vaisseaux sanguins du visage, ainsi qu'on peut le voir à la superficie et dans la profondeur. Les vaisseaux lymphatiques superficiels du visage forment quelques troncs volumineux qui descendent obliquement dans la direction de la veine faciale antérieure.

« Ils reçoivent les lymphatiques du front, des paupières, des parties extérieures du nez, des joues, des lèvres et du menton. Au voisinage du maxillaire inférieur, ils communiquent avec cinq ou six glandules sous-maxillaires, dont les unes sont situées sur le trajet des vaisseaux sanguins et les autres sont enchaînées entre les deux extrémités voisines du maxillaire inférieur et de la parotide.

« Les lymphatiques profonds du visage correspondent essentiellement à la distribution de la maxillaire interne avec son plexus ptérygoïdien. Ils se réunissent à quelques troncs qui se rendent à la partie la plus élevée du plexus jugulaire interne. Parmi ceux-ci se trouvent les lymphatiques qui ramènent la lymphe des cavités orbitaires et nasales, ainsi que des fosses temporales et ptérygo-palatines. En outre, les lymphatiques qui ramènent la lymphe des parties les plus profondes de la joue, ainsi que du palais et de la partie nasale du pharynx, communiquent avec les glandes maxillaires internes dont quelques-unes sont situées entre la partie postérieure du buccinateur et la paroi du pharynx ; deux ou trois sont logés entre les lobules de la parotide, et où celle-ci rejoint la branche montante du maxillaire inférieur. »

Mascagni, dans son atlas des vaisseaux lymphatiques (*Paulo Mascagni: Vasorum lymphaticorum corporis humani historia et iconographia*, 1787), représente deux ganglions assez volumineux qui reposent sur la face externe du muscle buccinateur, un peu en avant du masséter, au-dessous du canal de Sténon, et entourent l'artère faciale. Les deux ganglions émettent des troncs qui communiquent avec les ganglions parotidiens et préauriculaires, avec les ganglions sous-maxillaires et avec les lymphatiques labiaux.

Dans l'atlas des lymphatiques de Sappey, il n'est pas question de ganglions de la joue ; les planches qu'il consacre à la face ne présentent aucun des ganglions lymphatiques qui nous occupent. Le traité d'anatomie topographique de Richet n'en parle pas

d'avantage. M. Tillaux signale près de la faciale un ganglion qui appartient à la région mentonnière, c'est-à-dire à cette partie de la face comprise entre le bord antérieur du masséter et la houppe du menton d'une part, et le bord inférieur du maxillaire et le repli gingivo-buccal de l'autre.

M. le professeur Debierre, de Lille, questionné par M. Poncet sur l'existence des ganglions géniens, a eu l'obligeance de nous communiquer une note (1), où il nous fait part de ses observations personnelles.

« Je me rappelle, dit-il, avoir observé une disposition un peu différente de ces ganglions géniens. J'ai vu plusieurs fois, soit lors d'une dissection du nerf facial, soit lors d'une injection au mercure des ganglions parotidiens, un ou deux lymphatiques suivre le canal de Sténon et aboutir à un ou deux petits ganglions de la grosseur d'une lentille, situés sur la face externe du buccinateur, à l'endroit même où le canal de Sténon perfore ce muscle. De ces petits ganglions partaient des lymphatiques, dont les uns s'engageaient dans l'épaisseur même du buccinateur, et dont les autres se dirigeaient vers les ganglions sous-maxillaires, la région malaire et les lèvres. Je ne puis en dire davantage aujourd'hui, parce que cette disposition n'avait pas alors beaucoup retenu mon attention, mais ceux qui voudraient se livrer à des recherches plus minutieuses et plus suivies, retrouveront certainement les ganglions que je viens de mentionner. »

(1) Voir la *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, du 20 août 1892.

De son côté M. le professeur Testut, à qui nous avons fait part des observations cliniques de M. le professeur Poncet, a bien voulu nous donner le résultat de sa grande expérience. Il avait, dans deux circonstances, trouvé à l'amphithéâtre un ganglion de la face à siège tout à fait anormal. Une première fois le ganglion était situé sur une ligne partant de l'angle interne de l'œil pour se rendre au niveau de l'angle inférieur et antérieur du masséter, à la réunion du tiers supérieur de cette ligne avec les deux tiers inférieurs; ce ganglion était voisin de la veine faciale. Dans une seconde dissection, M. Testut a rencontré un ganglion lymphatique dans le sillon naso-génien. « Exceptionnellement, dit-il, on rencontre quelques ganglions à la face : ils sont toujours de petites dimensions, et se disposent ordinairement le long de la veine faciale. J'en ai observé un sur une jeune femme d'une trentaine d'années, dans le sillon naso-génien du côté droit(1). »

Sur la demande de M. Poncet, M. le professeur agrégé Jaboulay, chef des travaux anatomiques, a pratiqué plusieurs fois ou fait exécuter des dissections de la joue en se préoccupant des ganglions de cette région, et chez un sujet remarquable au point de vue qui nous intéresse, il a trouvé dans l'épaisseur de la joue les ganglions que la clinique avait décelés chez les malades de M. Poncet.

Le sujet qui a fourni à M. Jaboulay cette intéres-

(1) TESTUT. *Traité d'anatomie humaine*, deuxième édition, tome II, p. 300.

sante découverte était une jeune fille qui avait succombé à des lésions tuberculeuses multiples. On trouva bien au-dessus du bord inférieur du maxillaire inférieur trois petits ganglions très nets situés entre l'artère et la veine faciales, au voisinage de ces vaisseaux, et superposés les uns aux autres et distants entre eux de plusieurs millimètres.

Le ganglion le plus inférieur était situé un peu au-dessus de la partie moyenne de la face externe du maxillaire inférieur; le deuxième répondait au bord alvéolaire, enfin le troisième répondant à la face externe du buccinateur, se trouvait plus ou moins au-dessus d'une ligne prolongeant en arrière la commissure labiale.

Ils étaient placés au-dessous du tissu cellulaire sous-cutané, présentant des rapports de voisinage immédiats avec l'artère et la veine faciales, Le ganglion supérieur, qui répondait à la face externe du masséter, était au-dessus de l'aponévrose de ce muscle. Comme les ganglions sous-maxillaires par exemple, ils étaient mobiles au milieu du tissu cellulaire ambiant.

Les ganglions avaient le volume d'un grain de blé, presque d'un petit pois, il n'y avait pas de doute sur leur nature, qu'a du reste confirmée l'examen histologique. Il s'agissait bien de tissu lymphatique.

Le dessin que nous donnons ici met bien en relief les différentes particularités que nous avons signalées. Nous le devons aux crayons de MM. Devars et Genod, étudiants en médecine. Ce dessin est assez explicatif par lui-même, pour que nous ne pensions pas devoir entrer dans des développements plus étendus.

Un fait est donc bien démontré : l'existence possible de ganglions *au-dessus de la région sous-maxillaire, dans l'épaisseur même de la joue et à une distance plus ou moins grande du bord inférieur du maxillaire inférieur.*

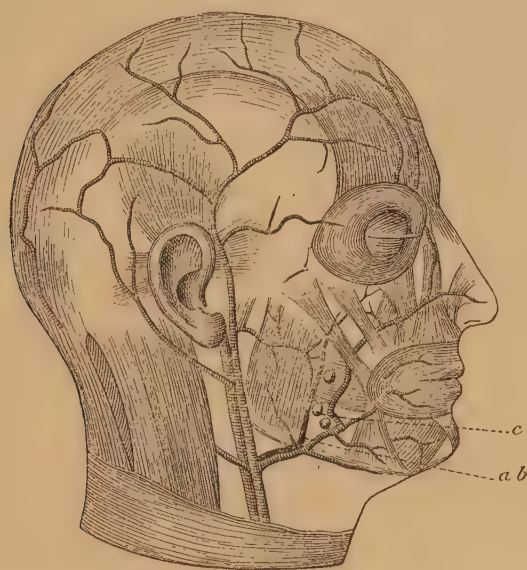


FIG. 1. — *ab*, Artère et veine faciales ; *c*, Ganglion génien.

Les observations cliniques que nous avons recueillies nous permettent de distinguer trois groupes de ganglions géniens. Ceux que l'on observe sur la face externe du maxillaire, un peu au-dessus du bord inférieur du maxillaire, semblent mériter le nom de *massétérens* à cause de leur proximité du masséter,

dont ils occupent généralement le bord antérieur. On pourrait aussi les désigner sous le nom de mentonniers (région mentonnière de Tillaux). Les ganglions situés à peu près à la hauteur de la commissure labiale pourraient prendre le nom de *commissuraux*. Enfin, d'autres ganglions situés encore plus haut, au niveau de l'os malaire ou de la branche montante du maxillaire supérieur, s'appelleraient ganglions malaires ou *sous-orbitaires*.

C'est de préférence sur le trajet de l'artère et surtout de la veine faciale qu'on trouve les ganglions géniens. Ils appartiennent vraisemblablement aux troncs lymphatiques qui descendent vers la région sous-maxillaire et accompagnent les gros vaisseaux de la face.

Ces vaisseaux lymphatiques proviennent des téguments des parties avoisinantes des lèvres de la muqueuse buccale, peut-être même des fosses nasales et des paupières. Voici, d'après Sappey, un aperçu général des lymphatiques géniens, de leur direction, de leurs anastomoses et des réseaux qu'ils constituent.

« Le derme de la peau des joues est recouvert de papilles assez développées. Il contient aussi un grand nombre de glandes sébacées livrant passage chacune à un poil de duvet. Les vaisseaux lymphatiques des papilles affectent une disposition semblable à celle qu'ils présentent sur toutes les autres papilles de la face. Leurs lames et capillicules, leurs capillaires et troncules, apparaissent très clairement aussi sur celles qui bordent les orifices des glandes sébacées, et

qui s'inclinent sur leur embouchure. Sur ces glandes, on observe également un beau réseau de lames tapis-
sant les parois de leur cavité, et se prolongeant dans le follicule pileux qui en forme une dépendance. Sur les joues aussi, les troncs, très nombreux, flexueux et contournés, se disposent en plexus, dont les plus grandes mailles encadrent l'embouchure des glandes sébacées. Les vaisseaux qui partent de ce plexus se laissent difficilement pénétrer par le mercure; ils offrent, en outre, si peu de résistance, qu'ils se rompent sous les plus petites pressions. Les plus élevés se rendent dans les ganglions parotidiens antérieurs; les autres, plus obliquement descendants, vont se terminer dans les ganglions sous-maxillaires. »

À côté de ces vaisseaux lymphatiques propres à la joue, on rencontre dans l'épaisseur de cette dernière des troncs lymphatiques venant du front, des paupières, du nez et des lèvres.

Presque tous les troncs lymphatiques du front se rendent aux ganglions parotidiens; d'eux d'entre eux, venant de la partie inférieure et médiane du front, vont se jeter dans les ganglions sous-maxillaires.

Les troncs partis de l'espace intersourcilier reçoivent deux ou trois vaisseaux lymphatiques des paupières. Quant aux autres lymphatiques des paupières, ils aboutissent à la loge parotidienne.

« Les vaisseaux sous-cutanés du nez les plus élevés se jettent dans le gros tronc qui provient de la partie médiane inférieure du front. Les plus inférieurs se perdent dans les troncs émanés de la partie médiane de la lèvre supérieure. Les autres, au nombre de

deux ou trois, se dirigent en bas et en dehors; et se rendent directement dans les ganglions sous-maxillaires.

Tous les lymphatiques de la lèvre supérieure traversent obliquement la joue pour se rendre aux ganglions sous-maxillaires. Une partie des lymphatiques de la lèvre inférieure suit la même voie; tandis que les troncs vasculaires médians de la même lèvre vont déverser leur lymphé dans les ganglions sus-hyoïdiens, après avoir reçu comme affluents les réseaux lymphatiques de la houppe mentonnière.

Les ganglions que nous avons signalés se trouvent sur le chemin ou au confluent de beaucoup de ces troncs lymphatiques décrits par Sappey. Leur développement reconnaît souvent pour cause une lésion inflammatoire ou néoplasique des lèvres ou de la muqueuse buccale.

En dehors des ganglions génien, que nous venons de placer, dans les parties superficielles de la face, il s'en trouverait d'autres plus profonds situés sous l'aponévrose superficielle du buccinateur (Debierre). D'où la distinction de ganglions génien superficiels et profonds.

Au milieu de ces groupes ganglionnaires, la joue présente souvent de petites glandes dites molaires, qui pourraient donner le change avec des ganglions lymphatiques. Ces glandes sont parfois très nombreuses, et M. le professeur Jaboulay en a fréquemment rencontré dans ses dissections de la face. Il suffit d'ailleurs d'être averti de leur existence pour éviter toute confusion.

Dans quelle proportion trouve-t-on les ganglions de la joue ? Ils nous paraissent être rares, à en juger par les renseignements qui nous ont été donnés par MM. Testut et Jaboulay, et si l'on tient compte du silence des auteurs. L'attention, il est vrai, n'avait pas été appelée sur eux, et l'on comprend très bien qu'en raison de leur petit volume, de leur petit nombre, ils aient pu passer inaperçus.

Si l'on tient compte des faits cliniques, ces ganglions, sans être fréquents, ne seraient pas exceptionnels. Sur trente sujets environ chez lesquels nous avons poursuivi cette recherche à l'amphithéâtre, une fois seulement nous avons été assez heureux pour rencontrer sur la face externe du maxillaire inférieur, en contact avec la faciale, un petit ganglion génien rentrant dans la catégorie de ceux qui nous intéressent.

Mais a-t-on réellement affaire à une anomalie lymphatique. Il se peut que les ganglions géniens existent à l'état normal avec des proportions minuscules, et que leur volume microscopique nous rende impossible leur observation ; ils ne deviendraient visibles qu'à l'état pathologique. Ce qui nous fait pencher vers cette dernière hypothèse, c'est que dans les dissections où ils ont été rencontrés, on était en présence de sujets tuberculeux. MM. Testut et Jaboulay les ont découverts chez des sujets ayant succombé à la tuberculose pulmonaire, et ce ganglion génien qu'il m'a été donné de trouver à l'amphithéâtre, coïncide avec une granulie généralisée des synoviales.

Il appartiendrait à des injections minutieuses des lymphatiques de la face et à des recherches microscopiques de vérifier la présence de ces glandules. Mais ici nous avons envisagé la question des ganglions de la joue à un autre point de vue, et n'avons pas la prétention de faire œuvre d'anatomiste.

Ces quelques considérations sur l'anatomie de ces ganglions étaient indispensables pour la compréhension de leur pathologie. La description succincte des lymphatiques de la joue était l'introduction nécessaire à l'étude des adénites.

CHAPITRE II.

DES ADÉNITES GÉNIENNES

Après avoir tracé l'esquisse des vaisseaux lymphatiques de la joue, et ébauché l'anatomie de leurs ganglions, abordons leur côté pathologique.

Si on ne les considérait qu'au point de vue de la fréquence, les adénites de la joue seraient d'une importance bien secondaire, car leur nombre comparé à celui des adénites cervicales par exemple est insignifiant. Leur situation cachée, leur petit nombre, le silence gardé sur elles par les auteurs qui ont traité des affections des lymphatiques, tels sont à nos yeux les motifs pour lesquels cette lésion offre un certain intérêt. Cette rareté d'ailleurs relative expose

le praticien à de fréquentes méprises, et rend facile la confusion avec d'autres tumeurs des joues. En mettant en relief les caractères propres aux adénites buccales, en déterminant la nature des productions pathologiques qui peuvent envahir les ganglions de la joue, notre préoccupation constante sera de mettre en garde contre les erreurs de diagnostic le clinicien et plus encore l'opérateur.

Les adénites de la joue au début ne provoquent pas ordinairement de traînées de lymphangite ou d'inflammation du tissu cellulaire voisin. Pendant toute leur évolution, parfois le cortège des symptômes qui les accompagnent est si peu bruyant, que leur présence peut échapper au praticien ou ne pas attirer l'attention du malade.

Variables d'habitude avec la nature et la durée de la maladie qui détermine leur apparition, les caractères de ces adénites sont aussi quelquefois communs aux diverses variétés. C'est ainsi que les ganglions atteints ont de faibles dimensions, et n'acquièrent que rarement un volume supérieur à celui d'une noisette. La fusion de plusieurs ganglions voisins doit être exceptionnelle, et dans la joue on ne rencontre pas ces paquets ganglionnaires que présentent si fréquemment les régions axillaires ou cervicales. Ces adénites offrent de plus de nombreux traits de ressemblance avec les autres engorgements ganglionnaires.

Tantôt la marche de cette affection est rapide, tantôt elle reste longtemps stationnaire, et l'accroissement des ganglions lymphatiques est lentement pro-

gressif. Dans le premier cas, elle aboutit à la suppuration presque d'emblée, dans le second, la période d'induration est fort longue ou permanente.

Au point de vue de la durée, nous distinguerons des adénites aiguës et des adénites chroniques. Les adénites aiguës sont symptomatiques et consécutives à des lésions inflammatoires du voisinage, ou bien idiopathiques, et dans ce cas, elles ne sont précédées d'aucune manifestation morbide.

Quant aux adénites chroniques de la joue, elles se développent chez des sujets tuberculeux; la simple hyperplasie ganglionnaire doit être d'une extrême rareté. Sans aucune altération d'organes voisins, la tuberculose pourra frapper d'emblée les ganglions lymphatiques de la joue; sa présence dans les ganglions n'implique nullement l'infection bacillaire des muqueuses ou des téguments les plus proches.

Bien différentes sont les adénites cancéreuses ou syphilitiques qui succèdent constamment à des lésions spécifiques des lèvres ou des muqueuses nasale ou buccale par exemple. L'éclosion ici ne se fait pas sur place; nous avons toujours affaire à un retentissement sur les ganglions par l'intermédiaire des lymphatiques, à une propagation des principes néoplasiques, qui aboutit à la dégénérescence du ganglion.

A côté de ces adénites dont nous avons pu observer des exemples, nous réserverons une place pour certaines affections où l'invasion des lymphatiques des joues nous a semblé possible.

I

Adéno-phlegmons de la joue.

Dans l'intérieur de la joue, les ganglions lymphatiques peuvent être atteints de lymphadénite aiguë. Cette inflammation ganglionnaire s'accompagne de phénomènes phlegmoneux plus ou moins intenses, capables de donner le change au point de vue du siège primitif de la lésion, de son point de départ. M. le professeur Poncet a observé trois fois cet adéno-phlegmon aigu de la joue. Chez une première malade, qui était une femme de 34 ans, il se trouva en présence d'un phlegmon aigu de la joue gauche survenu spontanément en dehors de toute cause appréciable du côté de la muqueuse buccale, de toute lésion soit du côté des dents, soit du côté du maxillaire inférieur.

L'inflammation était du reste maximum au niveau de la partie moyenne de la joue; la peau était rouge,

tendue, luisante, la moindre pression exaspérait la douleur, qui du reste était très vive. Une incision sur le point culminant donna issue à un pus phlegmoneux en notable quantité. Sous l'influence de lavages et de pansements antiseptiques, la guérison était complète après quelques semaines. L'exploration de la cavité purulente avec le doigt ou avec un stylet n'avait révélé aucune altération soit du côté du maxillaire, soit du côté des dents. L'abcès se comporta du reste comme un abcès chaud, et il ne subsista aucune fistule. M. Poncet ne savait à quoi attribuer ce phlegmon buccal dont la pathogénie lui échappait, lorsque quelque temps après il fut témoin d'une adénite chronique de la joue, diagnostic confirmé par l'ablation des ganglions. Il ne douta pas dès lors s'être trouvé en présence d'un adéno-phlegmon, comparable aux adéno-phlegmons si communs du cou, des régions sous-maxillaires.

Dans une autre observation, que nous publions *in extenso*, ce diagnostic fut également porté par M. Poncet chez une fillette de 10 ans et demi, atteinte d'un abcès aigu de la joue, siégeant un peu plus bas que chez notre dernière malade, et pouvant à première vue simuler à s'y méprendre un abcès d'origine dentaire. L'erreur n'est du reste possible qu'avec un abcès de ce genre, mais nous pensons que l'attention étant éveillée sur la possibilité d'adéno-phlegmons simples de la joue, le diagnostic en sera facile.

Étiologie et pathogénie.

L'adénite aiguë de la joue reconnaît comme cause une lésion inflammatoire voisine, ou bien son développement est pour ainsi dire spontané et ne dépend d'aucune cause appréciable.

Dans la première catégorie, nous devons ranger des causes aussi nombreuses que variées, des traumatismes ou des inflammations portant sur des départements lymphatiques bien différents. La direction assignée par les auteurs aux vaisseaux lymphatiques de la face, les quelques notions que nous avons acquises sur le trajet des lymphatiques des joues nous ont permis de reconnaître les diverses parties du visage dont les réseaux lymphatiques aboutissent aux ganglions buccaux. Parmi les tributaires des ganglions de la joue, nous avons trouvé les paupières, les téguments du nez, des lèvres et des joues, les muqueuses nasale, buccale et gingivale. Tout agent septique agissant sur une plaie de ces territoires, toute affection inflammatoire qui aura atteint les affluents lymphatiques de la joue pourra manifester sa présence par un retentissement ganglionnaire. Les ganglions sous-hyoïdiens, sous-maxillaires, parotidiens et préauriculaires pourront se développer seuls ou concurremment avec les ganglions buccaux.

Néanmoins, pour que l'infection lymphatique se produise, il faut que la lésion ne soit pas trop superficielle. Pour ne prendre qu'un exemple, nous voyons que parmi les affections inflammatoires des lèvres, l'herpès labial ou la présence du *demodex folliculorum* ne sont jamais suivis d'engorgement ganglionnaire, tandis que le furoncle, l'anthrax, la pustule maligne, le psoriasis fissuraire qui se fixe sur les commissures entraînent presque aussitôt des adénites. L'adénite buccale d'origine dentaire étant la plus importante des adénites symptomatiques, elle sera l'objet d'une description spéciale.

La seconde catégorie d'adénites aiguës de la joue comprend celles dont la formation ne peut être rattachée à aucune cause certaine. Les adénites idiopathiques, dont nous ignorons l'origine et qui semblent quelquefois provoquées par le froid, présentent des caractères spéciaux sur lesquels il sera opportun de s'appesantir.

ADÉNO-PHLEGMON D'ORIGINE DENTAIRE.

De toutes les causes qui déterminent l'apparition des adénites buccales, la plus fréquente à coup sûr est la carie dentaire. L'adéno-phlegmon consécutif à cette adénite ressemble à s'y méprendre à une fluxion dentaire, et l'on a pu dire que beaucoup de fluxions sont des adénites ignorées.

Depuis longtemps déjà les cliniciens ont signalé l'engorgement du ganglion mentonnier à la suite de maux de dents. Dans son *Anatomie topographique*, M. le professeur Tillaux s'exprime de la façon suivante sur le compte de ce ganglion et sur les inflammations dont il est le point de départ : « La présence du ganglion lymphatique mérite d'être mentionnée, car il s'enflamme très souvent dans les ostéo-périostites de la mâchoire consécutives aux caries dentaires, et les abcès dans cette région n'ont pas en général d'autre origine. » Mais M. Tillaux ne fait allusion qu'aux adénites suppurées du bord inférieur du maxillaire, à celles qui siègent dans la région qu'il décrit sous le nom de région mentonnière; il passe sous silence les adéno-phlegmons malaires ou jugaux situés plus haut, dans l'épaisseur même de la joue.

Parlant de l'adéno-phlegmon d'origine dentaire, M. le professeur agrégé Maurice Pollosson s'exprime en ces termes :

« Cette variété, ainsi que l'explique Gosselin dans ses leçons, répond presque toujours à des lésions dentaires de la mâchoire inférieure. Le plus ordinairement, ce sont les ganglions de la loge sous-maxillaire qui sont pris; quelquefois, ce sont les ganglions médians sus-hyoïdiens, quand les incisives inférieures sont malades.

« Plus rarement, dans les affections des dents de la mâchoire supérieure, il se développe une adénite parotidienne. Il existe encore une localisation ganglionnaire que je vous signale en passant. Sur le trajet de l'artère faciale, sur le bord antérieur du

muscle masséter, se trouve un ganglion dont la pathologie serait à faire. Ce ganglion facial est parfois le siège d'un adéno-phlegmon d'origine dentaire. » (*Province médicale* du 10 novembre 1888; leçon faite à l'hôpital de la Croix-Rousse, par M. M. Pollosson, sur les abcès et les fistules d'origine dentaire.)

Ainsi donc, nous trouvons *surtout dans le maxillaire supérieur, le point de départ de ces adénites*. Comme le fait remarquer si judicieusement M. Pollosson, les incisives de la mâchoire inférieure, lorsqu'elles sont cariées, n'exercent guère d'action que sur les ganglions lymphatiques sus-hyoïdiens. Le plus souvent, la dent cariée est le siège de symptômes douloureux accrus par la pression, et plus encore par les variations de température.

Cette névralgie dentaire n'est que le prélude d'autres manifestations morbides qui se passeront du côté de la joue, et bientôt cette dernière devient très sensible à la pression. Les mouvements, parfaitement libres jusque-là, deviennent limités et fatigants pour le malade, qui évite de parler et de se livrer à une mastication pénible. Il semble au patient que sa joue a doublé d'épaisseur, qu'elle est devenue plus lourde et moins facilement extensible. Durant le premier jour de cette phase inflammatoire, le doigt trouve autour de la dent malade un gonflement dur et assez limité occupant la racine, mais la joue ne présente encore aucune modification digne d'être mentionnée.

Avec les jours suivants, apparaît la tuméfaction de la joue. Circonscrite au début, elle permet de distinguer un corps résistant, qui n'est autre que le ganglion

buccal. Mais l'inflammation s'étend bientôt, irrégulière et diffuse, augmentant considérablement le volume de la joue, et faisant disparaître dans une atmosphère ferme et résistante le ganglion dont nous pouvions naguère constater l'existence.

Rarement le mal s'arrête à ces quelques phénomènes inflammatoires. Arrivé à la fin de cette période congestive, il entre dans une nouvelle période, celle de la suppuration, et constitue l'adéno-phlegmon. La résolution et la diminution des souffrances sont des faits exceptionnels. C'est vers le sixième ou le huitième jour que débute la phase suppurative.

La douleur, à ce moment, change de caractère, elle devient pongitive et lancinante; le malade accuse dans la joue des battements multiples, il éprouve une sensation de chaleur continue. En même temps, la gêne, qu'il ressentait au début, se convertit en une véritable impotence fonctionnelle. Non seulement il lui est difficile de remplir sa bouche d'air et de souffler, mais encore, son masséter contracturé ne lui permet guère d'ouvrir la bouche. La mastication d'aliments solides lui étant devenue impossible, il est obligé de se nourrir d'aliments liquides.

De même que les symptômes subjectifs, les signes objectifs subissent de nombreuses modifications, en rapport avec les phénomènes intimes qui se produisent dans l'intérieur de la joue. La peau, qui avait tout à fait, au début, conservé sa coloration normale, prend successivement une coloration rose et une teinte rouge violet; bientôt même peuvent apparaître à la surface de la tumeur de fines arborisa-

tions veineuses, et, dans ce cas, le réseau est plus abondant, sa couleur plus marbrée au niveau du ganglion buccal. On perçoit aisément une élévation de température sur les téguments enflammés, et, sous la peau, on ne tarde pas à sentir une fluctuation des plus évidentes.

La collection purulente qui s'est ainsi formée, s'ouvre spontanément, laissant s'écouler au dehors un pus en général mal lié et sanguinolent; c'est presque toujours au niveau du ganglion pré-massétérin que s'échappera le liquide de l'abcès. A la suite de cet adéno-phlegmon, pourra persister une cicatrice déprimée, radiée et en forme d'étoile.

La période congestive, et surtout la période suppurative, pourront s'accompagner de symptômes généraux assez intenses : perte d'appétit et maux de tête se rencontreront parfois pendant toute la durée de l'adéno-phlegmon ; dans la période de suppuration, des frissons, un mouvement fébrile, ne devront pas nous surprendre.

ADÉNO-PHLEGMON SIMPLE.

Nous avons déjà indiqué ce qu'il fallait entendre par adéno-phlegmon simple ou idiopathique des joues. La nature de cette affection, dont il est si difficile de préciser les causes, n'est pas encore déterminée. Est-on ici en présence d'une tuberculose

aiguë, d'une « phtisie galopante du ganglion » ? C'est peu vraisemblable, si l'on tient compte du processus de la maladie, si l'on note que les enfants porteurs de ces adéno-phlegmons, ne sont entachés d'aucune trace de scrofule, et ne sont généralement pas issus de souche tuberculeuse.

Pour M. le professeur Poncet, les inflammations aiguës spontanées des joues, en dehors de toute lésion osseuse ou dentaire, semblent devoir être rattachées à l'inflammation des ganglions géniens que nous avons décrits. Il s'agit là de phlegmons tout à fait assimilables par suite de leur point de départ dans les ganglions, à ceux que l'on observe fréquemment dans la région cervicale (adéno-phlegmons du cou).

Symptômes.

L'adéno-phlegmon de la joue occupe de préférence le milieu de la paroi buccale, au niveau de la commissure labiale ou de la face externe de la branche horizontale du maxillaire inférieur. A la hauteur de la commissure, la petite tumeur sera complètement indépendante; une situation plus déclive rendra possible sa fusion avec la chaîne sous-maxillaire.

Variable avec la période de l'affection que l'on envisage, le volume atteint rapidement son maximum. La diffusion relative de la tumeur ne permet que d'en fixer les dimensions approximatives; de même, elle

nous expose à choisir des termes de comparaison in-exacts pour exprimer sa grosseur. Sur une étendue qui n'a rien de fixe, mais qui en général est restreinte, la joue double de volume. Dans l'adéno-phlegmon d'origine dentaire, la tuméfaction est d'ordinaire plus étendue et plus considérable.

L'évolution de l'adéno-phlegmon d'origine dentaire et celle de l'adéno-phlegmon simple sont à peu près identiques dans les deux cas : la période de suppuration fait suite à la période congestive, mais la suppuration arrive plus de bonne heure dans l'adéno-phlegmon simple, où la formation précoce de pus semble entraver la marche de l'inflammation et la circonscrire.

Au moment où se constitue la collection purulente, la douleur se modifie de la même manière dans les deux affections. De continue et insignifiante qu'elle était au début, elle devient aiguë, pongitive et comme fulgurante, s'accompagnant d'une sensation de chaleur et de cuisson généralisée à la joue. La douleur, limitée au début au ganglion, s'irradie dans tous les sens, toute la région devient sensible à la pression. Mais ici le malade n'accuse aucune douleur du côté des dents, et le sillon gingivo-labial correspondant ne présente aucune lésion inflammatoire.

Dans les muscles voisins la contracture est intense, et le masséter est le siège d'un trismus qui gêne notablement la parole et la mastication. Si cette dernière fonction est entravée, c'est uniquement le résultat de la contracture musculaire, la sensibilité des dents à la pression n'est pour rien dans son accomplissement défectueux.

Ce que nous avons dit de la consistance, des modifications survenues du côté des téguments dans l'adéno-phlegmon d'origine dentaire s'applique également à l'adéno-phlegmon simple de la joue.

Les symptômes généraux étant les mêmes, nous ne pourrions pas, sans nous exposer à d'inutiles redites, en retracer les caractères.

Anatomie pathologique.

Quels sont les phénomènes intimes présentés par les ganglions de la joue atteints d'adénite suppurée ? Ils diffèrent suivant qu'on les envisage à la première période ou à la dernière, au moment où le ganglion lymphatique est le siège d'une simple congestion, ou au moment où il ne forme plus qu'une masse purulente. Nous empruntons au *Traité de pathologie externe* de MM. Poulet et Bousquet les détails suivants sur les modifications subies par les ganglions en général, sur la manière dont se comporte vis-à-vis du tissu cellulaire ambiant le ganglion lymphatique malade.

« Les premiers phénomènes appréciables de l'adénite aiguë sont le gonflement de l'organe et sa congestion vasculaire interne, les ganglions ont perdu leur perméabilité et s'injectent très difficilement ; au toucher, ils donnent une sensation dure, élastique. La coupe rouge brun, d'aspect splénique, avec des petits

foyers hémorrhagiques disséminés, dénote une dilatation excessive des capillaires sanguins; de même, l'arrêt de la circulation lymphatique est dû à la dilatation et à l'obstruction des tissus lymphatiques, au niveau de la surface corticale, par de la fibrine, de la matière granuleuse et des détritits de leucocytes altérés. Les follicules ne restent pas indifférents, ils sont bourrés par la fibrine et les cellules lymphatiques agglomérées. En même temps, le stroma des ganglions se gonfle et s'infiltré de leucocytes.

« En pressant ou en raclant la coupe d'un ganglion ainsi enflammé, on obtient un suc lactescent abondant, où le microscope permet de reconnaître des leucocytes et des cellules épithéliales plus ou moins altérées à plusieurs noyaux.

« Le processus inflammatoire ne dépasse pas ce degré quand l'affection se termine par résolution, ce qui est fréquent, et rarement on voit le ganglion subir un ramollissement partiel. Dans le cas où l'adénite ne suppure pas, le gonflement, la congestion diminuent insensiblement et le ganglion peut s'indurer, s'atrophier ou revenir à l'état normal.

« Si la cause irritante a une intensité suffisante, à la période congestive succède la période de suppuration; le ganglion primitivement dur se ramollit, son tissu plus friable cède sous la pression du doigt; sur la coupe, les îlots hémorrhagiques du début sont remplacés par de petits foyers jaunâtres, bientôt franchement purulents, qui se réunissent par la disparition des fibres tuméfiées du stroma, et transforment insensiblement tout le ganglion en abcès kystique limité par la coque fibreuse de l'organe.

« En même temps que ces phénomènes se passent à l'intérieur du ganglion, le tissu cellulaire ambiant participe toujours à des degrés divers à l'inflammation ; il arrive même qu'il réagit plus énergiquement que le tissu de la glande, aussi peut-il suppuré seul sans le ganglion (phlegmon périganglionnaire). D'autres fois, le phlegmon périphérique et le ganglion abcédé ne s'ouvrent pas simultanément ; enfin, le ganglion s'ouvre parfois à la peau sans que le tissu cellulaire suppure. Follin et quelques autres admettent la rupture du ganglion abcédé dans le tissu cellulaire, fait bien rare, comparé aux cas nombreux où l'adéno-phlegmon existe seul. Pour Desprès, l'engorgement des vaisseaux afférents en amont du ganglion imperméable expliquerait la production du phlegmon. »

L'adéno-phlegmon étant constitué, comment se comporte le pus ? Telle est la question qu'il nous reste à résoudre. La direction suivie par les fusées purulentes dépend du siège de ces dernières. Supposons la collection de pus au-dessus de l'aponévrose du buccinateur : elle fera saillie sous la peau, on percevra nettement une fluctuation superficielle, et l'abcès pourra s'ouvrir naturellement au dehors. Dans le cas contraire, le ganglion suppuré étant sous-aponévrotique, le pus fera saillie à l'intérieur de la bouche, et à travers les fibres musculaires et la muqueuse buccale son irruption à l'intérieur sera possible.

Cette situation sus ou sous-aponévrotique du ganglion décidera du traitement. La collection de pus

étant sus-aponévrotique, on l'abordera par une incision horizontale à la joue; si elle est sous-aponévrotique, nous pratiquerons une incision intra-buccale.

Diagnostic.

L'*hyperplasie ganglionnaire simple* est non seulement une affection très rare, mais encore elle présente un volume moins considérable, et jamais on ne trouve de fluctuation, de plus elle ne s'accompagne pas de douleur.

Un *furoncle de la joue* ne deviendra que difficilement une source d'erreur de diagnostic. Le furoncle est toujours sous-cutané; il a une forme acuminée, une coloration qui varie de la base au sommet, une sorte de cratère ponctiforme. Le bourbillon diffère beaucoup du pus crémeux ou mal lié de l'adéno-phlegmon.

L'adéno-phlegmon simple se distingue aisément de l'*adéno-phlegmon d'origine dentaire*. Il n'existe pas en effet dans l'adénite suppurée simple de tuméfaction osseuse appréciable, soit en dehors, soit surtout dans le sillon gingivo-buccal correspondant. On ne trouve pas de dent douloureuse; les renseignements fournis par le malade ne sont pas ceux d'une ostéo-périostite d'origine dentaire. Enfin, si le malade éprouve quelque difficulté à ouvrir la bouche, cette gêne n'est en rien comparable à celle que l'on

observe dans les abcès d'origine osseuse ou dentaire. Le malade se rend parfaitement compte que l'obstacle aux mouvements étendus d'écartement de la mâchoire est le fait de la douleur et de la tension des téguments de la joue malade.

Par suite de la situation du ganglion suppuré, qui est souvent à cheval sur l'artère faciale, la collection de pus pourra être animée de battements et devenir le siège d'un souffle vasculaire. L'histoire de la tumeur, son début et son évolution feront écarter l'hypothèse d'un *anévrisme*.

OBSERVATION I.

(Recueillie dans le service de M. le professeur agrégé
M. Pollosson.)

Adéno-phlegmon d'origine dentaire.

Claude G....., 25 ans, cultivateur. Entré le 5 mai 1892 dans la salle Saint-Joseph, à l'Hôtel-Dieu de Lyon.

Père, 65 ans, arthritique. Mère bien portante; un frère mort en bas âge de maladie inconnue; neuf frères ou sœurs bien portants. Rien de particulier du côté des collatéraux.

A l'âge de 9 ans, accès de fièvre intermittente. Angine simple pendant le service militaire. En janvier 1892, le malade contracte l'influenza et garde la chambre pendant dix jours environ. Stomatites et gingivites fréquentes; odontalgies. Pas de maladies vénériennes. Pas d'antécédents strumeux.

Au milieu du mois de mars 1892, le malade s'aperçoit en mangeant de la présence d'une petite tumeur, grosse, dit-il, comme l'extrémité du petit doigt, siégeant dans la joue, juste en avant du masséter, sur la ligne commissurale des lèvres.

Avant l'apparition de cette tumeur, pas de piqure ou d'autres lésions de voisinage.

Cette tumeur reste seule et grossit progressivement en perdant la consistance dure qu'elle offrait tout d'abord. Gêne fonctionnelle, mais indolence parfaite. Le malade applique sur sa joue un onguent que lui donne un pharmacien.

Vers le 25 mars, la tumeur devient douloureuse, elle prend un développement considérable, et le ganglion se confond avec les tissus indurés qui l'entourent. Un large abcès se constitue: il s'étend d'abord du côté de l'œil, en provoquant une légère douleur au niveau de l'os malaire, avec irradiations jusqu'au rocher. Il a peu de tendance à gagner le bord inférieur du maxillaire inférieur.

A ce moment, le malade était porteur d'une plaque inflammatoire de la largeur de trois doigts et d'une épaisseur de quelques millimètres. Cette tumeur rénitente paraît s'être accompagnée de traînées lymphangitiques. Pas d'adénite sous-maxillaire concomitante.

3 avril. — Le malade consulte un médecin, qui ponctionne la tumeur par la cavité buccale au point où elle avait débuté. Écoulement d'un liquide sanguinolent, faiblement purulent, sans odeur appréciable. Une quinzaine de jours après, la tumeur continuant à s'accroître et s'accompagnant de souffrances plus vives, nouvelle ponction, et écoulement d'une faible quantité de pus.

Depuis le commencement d'avril, le malade a été forcé de suspendre son travail, parce que ses douleurs s'exacerbent quand le « sang lui monte à la tête ».

Enfin, son état ne s'améliorant pas, son médecin l'envoie à l'hôpital, où il entre le 5 mai.

État actuel (5 mai 1892). — La joue droite présente un empâtement considérable avec rougeur intense et généralisée. On constate la présence de quatre petits abcès échelonnés de l'angle du maxillaire inférieur au rebord inférieur de l'orbite. Ces abcès sont fluctuants, et la peau a pris à leur niveau une coloration jaunâtre.

Le plus volumineux d'entre eux, gros comme une noix, occupe l'emplacement du ganglion mentionné par le malade.

L'œil droit est fermé par le gonflement de la région ; la bouche s'entr'ouvre difficilement et la mastication est considérablement gênée.

Dentition mauvaise des deux côtés, surtout à droite, où gingivite intense.

L'ouverture de ces abcès donne issue à une faible quantité de pus bien lié.

État général médiocre. Perte d'appétit. 38°5 le matin ; 39°5 le soir.

9 mai. — Malgré des pansements journaliers, de nouveaux abcès se reforment à la place des précédents ; la température s'abaisse à 37°5.

11 mai. — On ponctionne les abcès suppurés. Un petit abcès est en voie de formation au niveau de l'angle externe de l'œil. Le malade est apyrétique.

14 mai. — Les phénomènes inflammatoires se sont sensiblement atténués. Presque plus d'empâtement ; les téguments ont à peu près pris leur coloration normale. Ouverture de petits abcès de l'angle de l'œil.

19 mai. — Le malade sort guéri.

OBSERVATION II.

(Communiquée par M. le Professeur Poncet.)

Adéno-phlegmon de la joue gauche.

Fillette de 10 ans et demi, jusque-là bien portante, ne présentant aucune trace de strume, aucune lésion dentaire.

Le 5 mars 1892, l'enfant, qui était sortie par un temps froid et humide, rentra avec la joue gauche un peu enflée. La tuméfaction siégeait surtout au niveau de la face externe gauche du maxillaire inférieur. M. Poncet fut appelé auprès de cette enfant le 8 mars, trois jours après le début des accidents. La joue est gonflée, la peau rouge et tendue ; le maximum de la tuméfaction occupe la face externe et le bord in-

férieur du maxillaire comme une ostéo-périostite d'origine dentaire.

L'enfant ouvre la bouche facilement, l'examen plus minutieux ne révèle aucune altération dentaire, aucune lésion de la muqueuse buccale. La pression sur les dents n'est pas douloureuse; le sillon gingivo-labial correspondant est complètement libre.

L'enfant est un peu pâle, elle s'alimente mal depuis deux jours. Sommeil agité.

11 mars. — La tuméfaction a augmenté, et a toujours son maximum au niveau de la face externe du maxillaire, par diffusion, elle remonte du côté de la partie supérieure de la joue.

Peau rouge, violacée, tendue.

Anesthésie avec le chloroforme. Sur un point qui paraît nettement fluctuant, incision de 5 à 6 millimètres avec la pointe du bistouri (ce point est le plus en saillie). Issue d'une cuillerée à café d'un pus épais, phlegmoneux.

Après l'opération, le stylet ne révèle aucune lésion osseuse, aucune altération dentaire.

13 mars. — Diminution très appréciable de la tuméfaction inflammatoire. Amélioration considérable.

17 mars. — Plus de trace de gonflement.

19 mars. — La plaie est fermée par une croûte à laquelle on ne touche pas. Il reste une légère induration à peine douloureuse au toucher.

22 mars. — Guérison complète

Il s'agit très nettement, pour M. le professeur Poncet, d'un adéno-phlegmon à départ ganglionnaire facial. L'absence de toute lésion des alvéoles, du côté des dents, le siège de l'inflammation, la guérison rapide, témoignent en faveur de ce diagnostic.

M. Poncet a du reste observé plusieurs fois des adénites aiguës de cette forme chez de très jeunes enfants, adénites qui occupaient la région parotidienne.

OBSERVATION III.

Adéno-phlegmon aigu de la joue gauche. — Incision. — Guérison.

Au mois de juillet 1886, M. Poncet fut appelé auprès de M^{me} L. T..., âgée de 37 ans, qui était atteinte d'une inflammation aiguë de la joue gauche.

La peau était rouge, tendue, douloureuse. Le gonflement considérable, l'œdème des paupières entraînait l'occlusion complète de l'œil. A première vue, on pouvait croire à un érysipèle.

L'affection avait débuté, il y avait six jours, à la suite d'un coup de froid (voyage en chemin de fer, la fenêtre ouverte).

Dans la nuit qui suivit, la malade eut un frisson, en même temps la joue devenait douloureuse, tendue. Depuis lors, les accidents locaux se sont aggravés.

Antérieurement, pas de dent malade, rien du côté des maxillaires.

L'examen minutieux révèle l'intégrité de ces divers organes.

La malade a de la peine à ouvrir la bouche, mais on se rend très bien compte que l'obstacle est d'origine jugale.

M. Poncet qui, à cette époque, n'avait pas encore découvert les ganglions géniens, ne put, au point de vue pathogénique, déterminer le point de départ de ce phlegmon.

Depuis que l'existence de ce ganglion lui a été révélée, il ne met pas aujourd'hui en doute le point de départ de ces accidents phlegmoneux dans une adénite aiguë de la joue.

L'abcès, qui faisait saillie sous la peau, fut incisé en dehors du voisinage de la commissure. Il n'eut, du reste, pas été possible de l'aborder par la voie buccale.

Les suites furent très simples. Vingt jours après, la malade était complètement guérie.

A cette époque, un nouvel examen des dents, du maxillaire ne révèle du côté correspondant au phlegmon, aucune lésion inflammatoire capable de l'expliquer.

II

Adénites chroniques de la joue.

Étiologie.

Les adénites chroniques de la joue présentent une grande analogie avec celles des autres régions. Dans presque tous les cas, on les rencontre chez des sujets en puissance de tuberculose, ou plus exactement dans cette catégorie d'individus que l'on désignait autrefois sous le nom de scrofuleux. La coïncidence de cette adénite buccale avec d'autres manifestations tuberculeuses est extrêmement fréquente ; les antécédents héréditaires ou personnels du sujet révèlent presque toujours quelque'une des affections rangées dans le cadre de la tuberculose. Tantôt ce sont le père ou la mère du malade qui ont été enlevés par des péritonites tuberculeuses, ou qui ont succombé à la phtisie pulmonaire, tantôt ce sont des frères morts en

bas âge de méningite tuberculeuse. Chez les sujets porteurs de ces adénites, nous ne relevons pas d'atteinte grave du côté des voies respiratoires; la plupart du temps, c'est à des formes de tuberculose atténuées que nous avons affaire. Il semble que les éruptions impétigineuses, que les otites purulentes, que les conjonctivites à répétition auxquelles ces malades étaient sujets dans leur enfance, les aient rendus réfractaires à la tuberculose si redoutable des séreuses, que les stigmates de strumes qu'ils présentent dans certaines régions ganglionnaires les mettent souvent à l'abri des complications pulmonaires. Dans beaucoup de circonstances, il nous a été donné d'examiner des sujets qui présentent des engorgements ganglionnaires chroniques des régions cervicales ou axillaires, et malgré un examen attentif, malgré un interrogatoire détaillé, il était très fréquent de ne pas découvrir d'autre lésion tuberculeuse.

Les auteurs qui ont étudié l'étiologie des adénites en général s'accordent pour reconnaître une prédominance marquée de cette affection dans le sexe féminin. Il semble au contraire résulter de nos observations que les adénites des joues se rencontrent avec une égale fréquence dans l'un et l'autre sexe. Mais notre statistique porte sur un nombre de cas trop restreint pour nous permettre de porter à ce sujet un jugement formel. Nous ne comprendrions pas d'ailleurs pourquoi les ganglions buccaux pourraient échapper à la règle commune, et il est plus logique, en raison surtout de la coïncidence habituelle des adénites tuberculeuses de la joue avec celles des régions

voisines, de leur assigner, pour ce qui est du sexe, la même étiologie qu'à ces dernières.

Les réflexions, que nous a inspirées la question du sexe, sont également vraies pour l'âge. Ici, comme précédemment, l'insuffisance de nos chiffres nous ferait formuler une conclusion contraire sans doute à la vérité. D'après nos observations, en effet, l'adénite de la joue serait plus fréquente chez l'adulte que chez l'enfant.

Il est incontestable que l'impression du froid, surtout l'action du froid humide, exerce souvent, sur les ganglions buccaux comme sur ceux du cou, une très fâcheuse influence qui se traduit par l'apparition d'adéno-phlegmons ou d'adénites chroniques. Les observations V, VI et IX sont particulièrement instructives à ce point de vue. Dans les deux premières, il s'agit de malades qui avaient longtemps habité des appartements humides; dans la troisième, il est question d'un jeune verrier que sa profession exposait à des variations de température considérables. M. le professeur Poncet a pu remarquer, chez des sujets se couchant constamment du même côté, une prédominance des engorgements ganglionnaires du côté du corps qui est en contact pendant la nuit avec une muraille humide. (Cliniques de 1892.)

Sur des sujets prédisposés, il est vraisemblable que nous pourrions tenir compte aussi de certains facteurs accessoires dépendant d'une mauvaise hygiène; de ce nombre seraient le surmenage et une alimentation insuffisante.

Les traumatismes peuvent-ils contribuer au déve-

loppement des adénites buccales ? Il serait intéressant de rechercher cette affection chez les individus dont les joues peuvent subir des frottements. Par exemple le port de certaines jugulaires dans l'armée semble susceptible d'engendrer les adénites anté-massétéri-nes, tout comme l'irritation provoquée par le collet favorise les adénites cervicales.

En dehors de ces dernières causes qui tiennent au milieu, et sans l'intervention de tare héréditaire ou personnelle, l'inoculation de produits tuberculeux dans les régions tributaires des ganglions lymphatiques buccaux déterminera sans doute une adénite spécifique. Vallas cite le cas d'une glande carotidienne devenue tuberculeuse à la suite d'une ulcération de la lèvre inférieure. Cette tuberculose cutanée n'est-elle pas capable de retentir aussi bien sur les ganglions de la joue que sur les ganglions des régions cervicales ?

Anatomie pathologique.

L'anatomie pathologique nous démontre une similitude complète entre les ganglions tuberculeux de la joue et les ganglions tuberculeux en général. A l'examen macroscopique d'une coupe, on constate de part et d'autre les mêmes modifications dans les teintes, dans la consistance, dans la structure de ces tumeurs; histologiquement, ce sont les mêmes altérations, les

granulations ou les infiltrations suivent une marche identique. Reportons-nous à l'excellente description que donnent des ganglions tuberculeux MM. Poulet et Bousquet, et nous aurons une juste idée de l'anatomie pathologique des adénites, y compris celles de la joue.

« Au début, la coupe du ganglion devient plus rouge, quelquefois grise, transparente, et ce n'est qu'avec la loupe et de l'habitude qu'on y distingue les granulations tuberculeuses. Elles prennent naissance aussi bien dans la substance corticale que dans la substance médullaire aux dépens des vaisseaux sanguins et lymphatiques qui parcourent le tissu réticulé.

« Ces granulations, qui ont l'aspect des follicules ordinaires, sont remarquables par leur richesse en petites cellules et par leur tendance rapide à la dégénérescence caséuse, qui débute par le centre des granulations, et aboutit d'abord à la formation des cellules géantes, plus tard à la caséification ou nécrose de coagulation. D'autres granulations jointes aux premières constituent les petits îlots tuberculeux jaunâtres que l'on peut voir à l'œil nu sur la plupart des ganglions tuberculeux.....

« Ces îlots ramollis à leur centre sont entourés par une zone fibreuse provenant de la sclérose du stroma du ganglion qui résiste pendant un certain temps à l'envahissement du processus tuberculeux. Ces travées finissent néanmoins par disparaître, et plusieurs îlots confondus forment des masses caséuses de plus en plus volumineuses, susceptibles de

transformer l'organe en une bouillie jaunâtre, ramollie, analogue à du mastic ou au tissu pâteux d'une châtaigne bouillie. Parfois, la coupe est plus dure, le tissu ressemble à celui d'un marron d'Inde. Enfin, lorsque le processus est très lent, on voit l'incrustation calcaire envahir le contenu du ganglion tuberculeux. »

Pour être exact, nous devons faire remarquer qu'il ne nous a pas encore été permis d'observer cette dernière terminaison. Presque toujours l'évolution des tubercules dans les ganglions de la joue aboutit à un semis de granulations grises, à la formation de masses pâteuses et jaunâtres parfaitement visibles sans le secours du microscope.

Symptomatologie.

Les ganglions de la joue sont atteints séparément ou simultanément avec d'autres ganglions, et c'est précisément chez un malade porteur d'une polyadénite cervico-faciale avec petite tumeur mobile du volume d'une noisette siégeant dans l'épaisseur de la joue que M. Poncet fut mis sur la voie du diagnostic. Il est très rare, lorsqu'on trouve une adénite buccale, de ne pas constater en même temps la présence de ganglions dans les régions sous-maxillaire et sous-hyoïdienne. De même, rencontrant une adénite cer-

vicale, il nous faudra songer à la possibilité d'une adénite de la joue.

Dans le cas d'adénite unilatérale du cou, lorsque par exemple la région sous-maxillaire est prise d'un seul côté, nous aurons des chances pour ne découvrir des ganglions buccaux que du côté correspondant à l'adénite cervicale. L'engorgement ganglionnaire du cou vient-il à envahir les deux côtés, la région sous-hyoidienne est-elle prise, il nous sera possible de trouver les joues malades.

Cette corrélation, pour ainsi dire constante, qui existe au point de vue du siège, nous pouvons la constater aisément pour le nombre. La multiplicité des ganglions buccaux malades et sensibles à la palpation dépend du volume des adénites cervicales. Dans tous les cas de polyadénites des joues, la tuméfaction du cou était considérable, et les régions sous-maxillaires ou parotidiennes déformées semblaient rembourrées de noix juxtaposées, ou offraient des paquets ganglionnaires du volume d'une orange.

Indépendants d'habitude des ganglions sous-maxillaires ou parotidiens, les ganglions de la joue peuvent aussi former une chaîne continue avec ces derniers et leur être intimement unis par des zones de périadénites. Les observations V et VI nous offrent des exemples assez remarquables d'adénite buccale complètement isolée, et même située à une certaine distance du bord inférieur du maxillaire inférieur. Dans les observations VIII et IX, il s'agit au contraire de ganglions buccaux ayant des rapports de contiguïté avec les chaînes ganglionnaires du cou fortement tuméfiées :

dans la première, les ganglions étaient indurés et ne présentaient aucune adhérence avec leurs voisins du cou; l'observation IX nous montre au contraire une fusion presque intime entre les ganglions buccaux et cervicaux englobés les uns et les autres dans une même tumeur.

Quel siège occupe l'adénite de la joue? La tumeur peut être sur la face externe du maxillaire en un point rapproché du bord inférieur, au voisinage immédiat du bord antérieur du masséter, ou bien être située notablement plus haut sur la ligne commissurale, parfois même au-dessus et habituellement à 2 ou 3 centimètres en dehors de la commissure. Le ganglion inférieur, que nous appellerons volontiers en raison de son siège ganglion massétérier ou mentonnier, paraît assez fréquent. Il a dû certainement être observé souvent et être considéré comme un ganglion de la région sous-maxillaire légèrement déplacé par en haut, plus ou moins à cheval sur le bord inférieur de cet os.

Un seul ganglion de la joue est généralement pris. Mais à côté des monoadénites massétéries, commissurales ou sous-orbitaires, il y a place pour les biadénites et même pour les triadénites (nous n'avons jamais vu la lésion envahir plus de trois ganglions lymphatiques). Les petites tumeurs, qui habituellement sont assez distancées les unes des autres, peuvent être juxtaposées. C'est ainsi que dans l'observation VIII, il est question d'une biadénite où deux petits ganglions, du reste distincts, reposaient l'un à côté de l'autre au-dessus du bord inférieur du maxillaire, juste en avant du masséter.

L'invasion de la joue se fait généralement de bas en haut. C'est par le ganglion le plus rapproché du bord inférieur du maxillaire, par le ganglion massétérin, que débute alors l'affection. Ce ganglion est pour ainsi dire un trait d'union entre la région sous-maxillaire déjà malade et les autres ganglions de la joue. Dans deux cas de polyadénite, nous l'avons vu subir le premier la caséification, suivant de près le ramollissement des ganglions sous-maxillaires voisins.

Quel volume peuvent acquérir les adénites tuberculeuses des joues ? Il est extrêmement variable, mais ne dépasse pas les dimensions d'une petite noix ; le plus ordinairement, les ganglions atteignent la grosseur d'un noyau de cerise. Grâce à un tel volume, les adénites buccales seraient nettement visibles, si elles siégeaient superficiellement ; mais très souvent, au lieu d'être sous-cutanées, elles peuvent occuper la profondeur de la joue sans révéler au dehors leur présence. C'est même là ce qui arrive dans la plupart des cas, et cette invisibilité nous explique le silence gardé jusqu'aujourd'hui sur cette variété d'adénites chroniques.

Lorsque l'adénite produit une saillie sous la peau, son relief attire vite l'attention du clinicien. Ce dernier, en pratiquant la palpation de la joue, rencontrera tantôt une consistance ferme, tantôt une consistance molle et semi-fluctuante, suivant qu'il sera en présence d'un ganglion induré ou d'un ganglion ayant subi la caséification ; car l'adénite buccale suit la même évolution que les autres adénites, et les

ganglions lymphatiques qu'elle atteint sont susceptibles de se ramollir et de suppurer.

On est parfois averti de cette suppuration ganglionnaire par des modifications survenues du côté de la peau. Celle-ci en effet peut devenir tendue, luisante, et prendre une coloration rosée qui tranche nettement sur la teinte primitive de la joue. Mais ce changement de coloration ne s'accompagne d'aucune élévation de température, d'aucune inflammation de voisinage.

Si l'adénite suppurée porte sur des ganglions situés sous le buccinateur, il n'existe pas de coloration spéciale de la peau correspondante. A ce niveau, la muqueuse est distendue, parfaitement lisse; la couleur de ce nodule saillant se confond avec la teinte rouge de la muqueuse.

Les symptômes qu'éprouve un sujet atteint d'adénite buccale se réduisent généralement à peu de chose. A peine le malade accuse-t-il une sensation de fourmillement très localisée, sensation dont il ne se rend pas un compte exact, et que d'ailleurs il lui est difficile de définir. Le sentiment de cuisson qu'éprouvait un de nos malades devait être purement imaginaire et s'explique suffisamment par la frayeur que lui inspirait l'apparition d'une petite tumeur dans l'épaisseur de sa joue. Chose étrange, tandis que les malades envisagent avec calme le développement des ganglions cervicaux ou axillaires, et se préoccupent médiocrement des glandes qui prennent naissance sous le maxillaire ou sur la clavicule, la présence de tumeurs aussi bénignes que les adénites de la joue peut leur

causer de vives inquiétudes et les porter à consulter un médecin. Fréquemment, il arrive que le malade est averti de la présence d'une adénite buccale par la gêne qu'il éprouve pendant la mastication. Cette gêne est insignifiante, elle se réduit à une sensation de corps étranger dans la paroi buccale. De là à la douleur insupportable que provoque l'adéno-phlegmon jugal d'origine dentaire, par exemple, à l'impossibilité presque absolue d'entr'ouvrir la bouche, il y a bien loin, et c'est à peine si ce symptôme fonctionnel mérite ici une mention.

Nous avons pu voir quelquefois des sujets qui ne s'étaient jamais aperçus des adénites dont ils étaient porteurs. Dans ce cas, les ganglions engorgés atteignent un faible volume et siègent un peu au-dessus du bord inférieur du maxillaire inférieur.

Diagnostic.

Quelles sont les principales tumeurs de la joue susceptibles de nous donner le change avec les adénites tuberculeuses, sur quels symptômes devons-nous baser notre diagnostic ?

Les *kystes sébacés* sont assez fréquents à la face. Comme les ganglions tuberculeux, ils sont la plupart du temps uniques et se développent avec une certaine lenteur ; la peau qui les recouvre est susceptible de prendre une teinte violacée, et leur volume ne dépasse

guère celui d'une noisette. Mais, tandis que l'adénite buccale peut siéger sous la muqueuse, le kyste qui est dû à la rétention des produits pilo-sébacés est toujours sous-cutané. De plus, la consistance d'un ganglion est un peu différente : un ganglion induré donne sous le doigt une sensation résistante et élastique, qui est remplacée dans le kyste par une consistance plutôt molle que dure ; l'un roule sous le doigt, l'autre semble enchâssé dans la peau.

On ne confondra pas l'adénite tuberculeuse de la joue avec un *kyste dermoïde*. Ce dernier, qui se rapproche par sa forme, par son volume des kystes sébacés est congénital, et ne siège pour ainsi dire jamais dans la joue en avant du masséter.

Le *kyste salivaire* est rare. Il a une forme arrondie et ne s'accompagne pas d'adénite sous-maxillaire.

Les *kéloïdes fausses* sont consécutives à des brûlures. Quant aux *kéloïdes spontanées*, elles n'affectent guère la forme d'un pois ou celle d'une noisette. Elles sont irrégulières, et leur siège de prédilection est la région sternale. Il est bon néanmoins de se rappeler qu'un terrain tuberculeux ou scrofuleux est favorable à leur apparition, aussi bien qu'aux engorgements ganglionnaires.

Nous voyons parfois la boule graisseuse de Bichat devenir le point de départ de lipomes que le professeur Dolbeau a désignés sous le nom de *lipomes buccaux*. La boule graisseuse de Bichat étant sur le bord antérieur de la branche montante du maxillaire inférieur et en dedans du masséter, les lipomes seront toujours proéminents sous la muqueuse buccale. Il

suffira d'une consistance molle et presque fluctuante, de dépressions de la muqueuse soulevée, d'une forme irrégulièrement hémisphérique et lobulée, de la situation sous le masséter pour établir le diagnostic de lipome buccal. Au besoin, ainsi que l'avait proposé Nélaton en pareil cas, une ponction avec l'aiguille à acupuncture viendrait lever tous les doutes.

Les *gommessyphilitiques* en imposeront rarement pour un ganglion tuberculeux. Outre la différence d'évolution, le traitement à l'iodure de potassium produira dans le cas de gomme syphilitique une amélioration notable et rapide.

Une *gomme scrofuleuse* ne pourra que difficilement induire en erreur. En général, cette production morbide n'est pas circonscrite; elle est irrégulière, multiple et s'accompagne en général d'ulcérations assez étendues.

Il est tout à fait exceptionnel de trouver sur le visage des *tubercules sous-cutanés douloureux*. Les souffrances provoquées par ces fibro-névromes mettraient vite d'ailleurs sur la voie du diagnostic.

Les *varices des lymphatiques* se présentent sous la forme de dilatations cylindroïdes; elles sont excessivement rares dans nos climats tempérés. Quant aux *varices ordinaires*, leur consistance, les renflements moniliformes sur le trajet des veines, et surtout la couleur violacée qu'elles donnent à la peau, aideront à les faire reconnaître facilement.

Un *angiome sous-cutané* est d'un diagnostic plus malaisé; à l'état de ramollissement, le ganglion tuberculeux comme l'angiome présente une consis-

tance presque spongieuse et peut provoquer du côté de la peau l'apparition d'un réseau veineux. La forme irrégulière de la tumeur, sa consistance molle et une légère réductibilité seront autant de signes en faveur d'un angiome. La congénitalité seule suffira à dissiper les doutes du clinicien.

Dans le tissu musculaire, peuvent apparaître de nombreuses affections inflammatoires ou néoplasiques. La distinction d'un hématome, d'un abcès, d'une gomme, d'un sarcome occupant le bord antérieur du masséter, sera aisée; la contraction du muscle nous renseignera sur le siège exact de la tumeur et partant sur sa nature.

Il en sera de même pour les diverses lésions qui prendront naissance dans l'os. Que l'on ait affaire à un abcès ou à un néoplasme, l'adhérence de la tumeur à l'os sous-jacent fera écarter l'hypothèse d'adénite buccale.

En terminant, nous devons signaler une source possible d'erreur de diagnostic. A l'état normal, si on explore le bord antérieur du masséter à sa partie inférieure, celui-ci qui est appliqué sur un plan résistant donnera la sensation d'une petite masse roulant sous le doigt. La contracture du masséter, en immobilisant cette masse, écartera immédiatement l'idée d'une adénite dans l'épaisseur de la joue.

Marche et pronostic.

L'affection dont nous venons de tracer l'étiologie et les divers symptômes nous a toujours paru d'une bénignité remarquable. Elle nous paraît même compatible avec un assez bon état général.

Il ne nous a jamais été donné de voir abandonnées à elles-mêmes des adénites tuberculeuses des joues arrivées à la période de suppuration. Probablement, la peau de la joue, si les ganglions occupent un siège superficiel, la muqueuse buccale, s'ils sont situés sous cette dernière, finissent par céder à la distension et par livrer passage à du pus mêlé de matière caséeuse. L'évolution des autres adénites chroniques nous autorise à formuler cette hypothèse. Peut-être même à la suite de cette évacuation incessante de produits purulents et caséifiés, voit-on, comme pour les adénites des autres régions, se former dans l'épaisseur de la joue des fistules ganglionnaires s'ouvrant au dehors ou à l'intérieur de la bouche.

Traitement.

Nous pouvons diviser en deux catégories les faits dont nous avons été témoin : ou l'on pratiquait une

opération radicale, ou l'on attendait la terminaison naturelle de ces engorgements ganglionnaires. Dans les cas où des foyers de suppuration semblent s'établir dans ces ganglions tuberculeux, M. le professeur Poncet préconise l'intervention, c'est-à-dire l'extirpation du ganglion avec raclage et traitement de la plaie par des agents modificateurs. Si au contraire les ganglions n'ont qu'un petit volume et sont encore à la période d'induration, il est plutôt partisan de l'expectation pure et simple avec traitement général et résolutifs. Il va sans dire, lorsque l'on croit devoir recourir à une intervention chirurgicale, qu'il faudra, surtout chez des femmes et des jeunes filles, tâcher d'enlever la tumeur par la voie buccale, afin d'éviter à la joue une cicatrice apparente.

OBSERVATION IV

(Prise dans le service de M. le professeur Pollosson, par M. le Dr Gauran.)

Mono-adénite de la joue gauche

Ferdinand V....., 35 ans, employé de chemins de fer. Entré dans le service de M. Pollosson le 20 juillet 1892.

Antécédents héréditaires. — Père et mère morts, le premier d'accident, la seconde d'épuisement et de chagrins.

Antécédents personnels. — Orphelin à 12 ans. Domestique, est soumis à un travail pénible. Nourriture suffisante.

Pas de signes de strume (rien du côté des oreilles, des cheveux, des yeux). Pas de maladies jusqu'au moment du service militaire.

Au régiment, il contracte la fièvre typhoïde. Pendant la convalescence, refroidissement, et à la suite bronchite, qui dure une quinzaine de jours. Amaigrissement consécutif. Vers la même époque, accident (lait de chaux tombe dans ses yeux). Pour les trois maladies, huit mois de séjour à l'hôpital militaire Desgenettes.

Depuis, jamais de maladies. Ne tousse pas en hiver, s'enrhume difficilement. Il y a deux ans, a vu survenir une grosseur, du volume d'une noisette, située au milieu de la branche horizontale du maxillaire inférieur, au niveau du bord antérieur du masséter. Cette grosseur n'était pas adhérente à la peau, qui était normale. Saillante à l'extérieur et du côté de la muqueuse buccale. Pas d'adhérence avec l'os. Le malade attribue l'apparition de cette tumeur à un coup de froid. Elle a duré une quinzaine de jours, n'a pas suppuré, et a disparu sans traitement.

Rien du côté de la bouche. Pas de gingivite, pas d'abcès dentaire.

Il y a un mois, cette grosseur a reparu exactement au même endroit. Elle s'est développée peu à peu, et a atteint le volume d'une petite noix. La peau à ce niveau est rouge et légèrement chaude, adhérente à la tumeur. Cette dernière est parfaitement mobile sur les plans sous-jacents et dans tous les sens. On la limite facilement, et on la saisit sans peine entre les doigts. Sensation assez nette de fluctuation. Avant-hier, le malade a fait arracher une prémolaire ; la tumeur n'a pas diminué de volume.

Le malade refuse toute intervention chirurgicale.

OBSERVATION V

(Recueillie dans le service de M. le professeur Poncet.)

Mono-adénite de la joue droite.

Louis C..., 16 ans, galochier ; entré à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Louis, le 25 mars 1887.

Père, 62 ans, a eu une pleurésie. Mère morte de phtisie pulmonaire. Deux frères morts, l'un de pneumonie, l'autre de méningite tuberculeuse.

A 9 ans, le malade a eu une fluxion de poitrine. Sujet à amygdalite. Quelques conjonctivites. Pas d'otites, pas d'impétigo du cuir chevelu.

Il y a un an, le malade est soumis à un travail assez pénible, et couche pendant quelques mois dans une chambre très humide. Au bout de quelque temps, apparition d'une adénite cervicale droite (deux ou trois ganglions sous-maxillaires).



FIG. 2. — Adénite génienne commissurale.

10 mars 1887. — Le malade éprouve de la gêne dans la joue droite; puis quelques démangeaisons. Tumeurs du volume d'une noisette se forme dans la joue droite.

Le malade prétend souffrir de sa joue; légère gêne fonctionnelle en parlant et pendant la mastication.

État actuel. — A 3 centimètres de la commissure labiale

droite et à la hauteur de la commissure, on voit la peau soulevée et légèrement rouge. Pas de sensation de chaleur.

La tumeur semble sous-cutanée et légèrement adhérente à la peau ; volume d'une grosse cerise.

Consistance légèrement molle.

Pas de dents cariées ; rien du côté des fosses nasales. Pas de gingivite, ni d'amygdalite.

Quelques ganglions sous-maxillaires.

Assez bon état général.

28 mars 1887. — Excision et raclage de la tumeur. On trouve ganglion suppuré. Pointe iodoformée insufflée dans la plaie.

1^{er} avril 1887. — Le malade sort guéri après quelques pansements à la gaze iodoformée.

16 juillet 1892. — Bon état général. Quelques ganglions sous-maxillaires. A 3 centimètres de la commissure labiale droite, cicatrice peu apparente, mesurant environ 1 centimètre.

OBSERVATION VI

(Recueillie à la consultation de M. le professeur Poncet.)

Adénite double de la joue.

Franceline M..., 46 ans, domestique, vient à la consultation gratuite de M. le professeur Poncet, le 7 mai 1892.

Père âgé de 78 ans, cultivateur, bien portant. Mère morte à 60 ans d'affection inconnue, n'était pas malade. Sœur morte à 3 ans, peut-être à la suite d'invagination intestinale.

Frère âgé de 44 ans, est en bonne santé.

Pas de méningites ni de péritonites tuberculeuses ; point de tumeurs blanches ou d'adénites chez les collatéraux.

La malade a eu, vers 15 ou 18 mois, des convulsions dont elle ne peut préciser la nature et qui ont duré jusqu'à l'âge de 6 ans. Dans l'enfance, pas d'adénites.

Vers l'âge de 9 ou 10 ans, conjonctivites fréquentes. Elle n'a jamais eu d'éruptions impétigineuses du cuir chevelu, ni

présenté d'otites dans l'adolescence. Régée à l'âge de 13 ans.

Pas de fièvres éruptives, ni d'autres affections fébriles, à l'exception de l'influenza contractée par la malade, en 1889. A la suite de l'influenza, la malade, qui n'avait jamais toussé, est devenue sujette aux bronchites.

La malade, qui exerce la profession de domestique, couche depuis deux ans et demi dans un appartement humide. Bonne alimentation; pas de surmenage. Elle s'expose souvent au froid.

Il y a six semaines, la malade éprouve un peu de gêne dans la région sous-maxillaire, et trouve des deux côtés à ce niveau des petites glandes dont le volume atteint bientôt celui d'une noisette. Ces ganglions étaient plus volumineux à droite.

Son médecin, le Dr J..., de Lyon, lui prescrit des applications de pommade iodurée, et à l'intérieur de l'huile de foie de morue.

Il y a un mois, apparition sur le côté droit de la face d'un érysipèle dont la malade ne peut expliquer la cause et les débuts (pas de piqure, d'angine, d'otite). Cet érysipèle est traité par le perchlorure de fer. Pendant dix jours, la malade garde la chambre; à ce moment, son médecin la trouve à peu près guérie, et l'autorise à sortir et à reprendre son service. L'état des ganglions n'est pas influencé par l'érysipèle.

Enfin, il y a une vingtaine de jours, au moment de la guérison de l'érysipèle, la malade s'aperçoit de la présence d'une petite tumeur en avant du masséter droit. Quelques jours après, apparition d'une deuxième tumeur juste au-dessus de l'autre. Ces deux nodosités, qui avaient d'abord les dimensions d'une grosse tête d'épingle, se développent lentement, sans s'accompagner d'une trop grande gêne fonctionnelle. Du côté gauche, en un point presque symétrique, développement d'une petite tumeur analogue aux premières; cependant, moins de tendance à s'accroître. Elle a suivi de près l'apparition des précédentes.

5 mai 1892. — Rien à signaler du côté du tube digestif, du côté des voies respiratoires ou du côté du système circulatoire. Le système nerveux ne présente rien de particulier. Ménopause il y a six ans; pas de pertes utérines.

Rien du côté de l'arrière-bouche. La dentition est mauvaise; les dents sont peut-être moins cariées du côté droit que du côté gauche, si bien que la mastication se fait à droite.

Léger prurit dans la joue droite; pas de battements. Pas de gêne marquée pendant la mastication. Quand la malade remplit sa bouche d'air et la vide lentement (action de souffler), aplatissement très léger du côté droit, surtout à la partie inférieure.

Du côté gauche, dans la région parotidienne, ainsi que dans la région sous-maxillaire, on constate la présence de petits ganglions de la grosseur d'un noyau de datte. La région antémassétérine de ce même côté renferme un ganglion gros comme un noyau de cerise situé à 2 centimètres de la commissure labiale. Tous ces ganglions auraient diminué par le traitement local.

Du côté droit, à la hauteur de la commissure des lèvres, à 3 centimètres de cette dernière, on trouve deux ganglions superposés, du volume de noyaux de cerise. Ces ganglions sont indépendants l'un de l'autre, et font une légère saillie à l'intérieur de la bouche; ils semblent situés sous la muqueuse buccale.

Le ganglion inférieur, qui est le premier en date, semble adhérent à la muqueuse; à ce niveau, la peau présente une coloration rouge sans augmentation de température notable en ce point. Ce ganglion est entouré d'une petite zone d'empatement, et sa consistance est moindre que celle de son voisin. Ce dernier, situé à 1 millimètre environ au-dessus du précédent, donne sous le doigt la sensation de petit caillou mobile; la peau n'a subi aucune modification à ce niveau. Pas de traînées de lymphangite autour de ces ganglions.

25 juillet 1892. — Du côté gauche, diminution considérable du ganglion buccal. Dans la joue droite, le ganglion supérieur présente le même volume et la même consistance. Quant au ganglion inférieur, il a suppuré et a été incisé. Cette apparition d'une adénite de la joue à la suite d'un érysipèle est à coup sûr intéressante, mais elle n'a rien d'étonnant.

11 novembre. — État général satisfaisant. Dans la joue gauche, disparition du ganglion commissural et appa-

rition d'un ganglion mentonnier très allongé et très résistant, dont le grand diamètre est horizontal.

Dans la joue droite, à la place du ganglion inférieur, cicatrice radiée et fortement déprimée. Le ganglion supérieur a les mêmes caractères que précédemment.

La coïncidence fréquente d'un érysipèle avec des lésions de la face n'a du reste pas échappé aux auteurs, et dans le *Dictionnaire des sciences médicales*, Servier attire notre attention sur ce fait de clinique : « L'érysipèle de la face, dit-il, est très commun chez les scrofuleux porteurs de lésions du visage. Chez eux, le plus souvent, il est fort léger, d'une courte durée, ne provoque aucune réaction, et s'il apparaît très facilement, il disparaît de même. »

OBSERVATION VII

(Due à l'obligeance de M. le Dr Rondet, de Neuville-sur-Saône.)

Mono-adénite de la joue gauche.

M^{me} C....., 26 ans, épicière. Obésité précoce. Quatre enfants d'apparence lymphatique; l'un d'eux est affecté de paralysie infantile.

Son père depuis 25 ans a eu à diverses reprises des hémoptysies. Deux pneumonies du sommet. Craquements au sommet droit. Cependant, grâce à une hygiène excellente, son état général se maintient bon.

M^{me} C..... a eu dès son enfance des adénites cervicales indolentes. Depuis l'âge de 10 ans, elle présentait dans la joue gauche une petite tumeur indolente du volume d'une cerise.

Au mois de septembre 1883, cette tumeur devint douloureuse et augmenta de volume. Elle avait alors la grosseur d'une petite amande. Elle était située dans l'épais-

seur de la joue, au niveau de l'angle du maxillaire inférieur. Quand la bouche était fermée, la tumeur, refoulée en dehors par les arcades dentaires, faisait sous la peau une saillie disgracieuse.

Sans adhérences avec la peau et la muqueuse, elle jouissait d'une grande mobilité. Elle pouvait être refoulée contre l'angle de la mâchoire. Tirée en avant, elle s'éloignait de 2 centimètres de cet angle, auquel elle paraissait fixée par un tractus fibreux qui en limitait la course.

7 octobre 1883. — Incision perpendiculaire de la muqueuse de la joue dans une étendue de 3 centimètres ; puis ouverture d'une coque fibreuse, qui contient la tumeur qu'on énuclée avec le doigt. On a affaire à un ganglion lymphatique du volume d'une amande.

L'examen histologique en est pratiqué par M. le professeur Poncet.

14 août 1884. — M. le Dr Rondet ouvre un abcès froid de la grande lèvre droite, du volume d'un œuf de pigeon.

En 1890, M. le professeur agrégé Chandelux est appelé auprès de cette malade pour lui enlever un ganglion strumeux sous-maxillaire, du côté gauche, du même côté que le ganglion de la joue enlevé en 1883.

OBSERVATION VIII

(Recueillie dans le service de M. le professeur agrégé A. Pollosson, suppléé par M. le professeur agrégé Jaboulay.)

Biadénite de la joue droite.

Joseph M....., apprêteur, 20 ans ; entré, le 26 mai 1892 dans le service de M. le professeur agrégé Auguste Pollosson.

Père bien portant. Mère morte de maladie inconnue, à 45 ans ; était porteuse de ganglions suppurés au cou, dans l'aisselle et aux jambes. Un frère et deux sœurs bien portants (pas d'adénites). N'a pas perdu de frères. Rien d'intéressant du côté des collatéraux.

Étant enfant, le malade a eu une otite suppurée. Plus tard impétigo de cuir chevelu et conjonctivites.

A l'âge de 12 ans, apparition de ganglions sous-maxillaires qui acquièrent le volume de grosses noix et aboutissent à la suppuration. M. le Dr Cordier, chirurgien de l'Antiquaille, dans le service de qui entre le malade, incise les ganglions, et prescrit le traitement général.

Quelque temps après, dacryocystite et collection purulente qui fuse sous la paupière inférieure et dans le canal lacrymal. M. Cordier guérit cette nouvelle affection.

Presque en même temps, apparaissait du côté gauche, à égale distance du masséter et de la commissure labiale, un ganglion de la grosseur d'une noix. Ce dernier, qui était situé à la hauteur de la commissure labiale, passe vite à la suppuration ; il est incisé.

A l'âge de 13 ans, le malade, qui habitait Lyon, va se fixer à la campagne, où il reste jusqu'à l'âge de 18 ans. Là, toniques, huile de foie de morue ; sur les régions sous-maxillaires et carotidiennes, applications de teinture d'iode, d'onguent mercuriel.

A 17 ans, accroissement considérable des ganglions sous-maxillaires, et formation d'adénites dans les régions sus-claviculaires et axillaires.

A 18 ans, le malade, inquiet du développement rapide de ces adénites, se présente dans le service de M. Cordier, où pas d'opération. On donne au malade le conseil de retourner à la campagne, et de continuer son traitement local général.

État stationnaire des ganglions pendant deux ans. Le malade reste pendant six ou huit mois à l'hôpital de Bourges en qualité d'infirmier.

A 19 ans, chancre mou, provoque bubon suppuré.

État actuel.— Constitution moyenne. Tempérament lymphatique. Troubles digestifs. Quelques bronchites dans les antécédents. Pas de ganglions inguinaux. Petits ganglions épitrochléens. Ganglions dans le creux axillaire, dans les régions sous et sus-claviculaires, dans les régions carotidiennes.

Du côté gauche, ganglions sous-maxillaires volumineux, ganglion préauriculaire ayant la forme d'un noyau de datte. De ce côté, cicatrice de 2 centimètres environ répondant au

ganglion que le jeune homme avait dans la joue à l'âge de 13 ans. Cette cicatrice est située sur la ligne commissurale prolongée horizontalement. A ce niveau, point de barbe; la peau a un aspect rosé et lisse.

Du côté droit, ganglions sous-maxillaires et parotidiens font une tuméfaction considérable. Au niveau de l'arcade dentaire du maxillaire inférieur, et près de la faciale, deux petites tumeurs résistantes, et roulant sous le doigt. Ces tumeurs, dont le malade ignorait l'existence, n'ont amené aucune modification du côté de la peau. Pas de dents cariées de ce côté.

2 juin 1892. — M. le professeur agrégé Jaboulay pratique l'extirpation de ces petites tumeurs. L'une d'elles a la forme d'une grosse lentille, l'autre ressemble à un grain de maïs; toutes deux ont une coloration rosée. L'examen histologique pratiqué par M. le Dr Lacroix, préparateur d'anatomie générale et d'histologie, révèle dans ces tumeurs du tissu ganglionnaire.

OBSERVATION IX

(Prise dans le service de M. le professeur Poncet.)

Polyadénite cervico-faciale.

Barthélemy M..., 16 ans, verrier; entré à l'Hôtel-Dieu en mai 1892 dans le service de M. le professeur Poncet.

Père âgé de 65 ans, sujet à bronchites, porteur d'une tumeur blanche du genou droit (?)

Mère, 64 ans, bien portante. Quatre frères en bonne santé; le malade n'a pas perdu de frères.

Vers l'âge de 3 ans, le malade a eu de nombreuses conjonctivites. Jamais d'autres maladies; à l'âge de 7 ans, adénite axillaire suppurée et incisée.

A l'âge de 12 ans, le malade entre comme manœuvre dans une verrerie; son rôle consistait à chauffer certains fours, il s'occupait en même temps de l'ouverture et de la fermeture de ces derniers. A peine vêtu, il s'exposait ainsi à des températures excessivement élevées.

Il y a trois ans, se développe du côté droit une tuméfaction qui, après avoir pris naissance dans le cou, gagne la loge parotidienne et la joue. Le développement est très lent, progressif, et n'occasionne aucune douleur au malade. Pas d'inflammation.

L'état général n'est en rien modifié, et M... peut continuer son travail.

État actuel. — L'état général semble bon; l'auscultation du poulmon ne révèle aucun signe de tuberculose; pas d'adénopathies axillaires ou inguinales.



FIG. 3. — Adénite génienne sous orbitaire.

Du côté droit, on remarque une tuméfaction énorme qui a pour limite supérieure une ligne réunissant le lobule de l'oreille à la commissure droite, et pour limite inférieure,

une ligne horizontale qui passerait par le milieu du cou. Cette tuméfaction s'étend de la région parotidienne à la région sus-hyoïdienne.

A ce niveau, la peau, comme distendue par une tête fœtale, ne présente aucune coloration anormale.

Le toucher révèle, dans les régions carotidiennes, sous-maxillaires, sus-hyoïdiennes, jugales et parotidiennes, une série de petites tumeurs séparables les unes des autres. Ces dernières ont une consistance à peu près égale; sensation élastique, pas de fluctuation ni de ramollissement.

Plus haut, en avant du tragus, le ganglion préauriculaire est pris; plus bas, dans la région sus-claviculaire, nous trouvons quelques ganglions aplatis.

Du côté de la cavité buccale, bonne dentition, muqueuses gingivale et buccale non altérées.

Dans l'épaisseur de la joue droite, un peu au-dessous de la ligne commissurale, trois petits ganglions indurés, du volume d'une noisette, unis intimement les uns aux autres; deux d'entre eux semblent siéger au-dessus de l'aponévrose du buccinateur; le troisième, proéminent à l'intérieur de la bouche, doit plutôt être sous-aponévrotique.

Mai 1892. — M. le professeur Poncet pratique l'ablation de ces masses ganglionnaires. Décortication facile. Tous les ganglions ne sont pas enlevés; l'extirpation de ganglions antémassétérisés ne présente rien de particulier.

Mai 1892. — B... quitte le service complètement guéri, après trois ou quatre pansements antiseptiques.

OBSERVATION X

(Recueillie à la consultation de M. le Dr Cordier, chirurgien-major de l'Antiquaille.)

Mono-adénite de la joue gauche.

25 octobre 1892. — Gaspard P..., 25 ans, sculpteur.

Père bien portant; mère également bien portante, est sujette à des abcès ganglionnaires localisés et bénins. Une

sœur en bonne santé. Le malade n'a jamais perdu de frères; personne de tuberculeux dans sa famille.

Étant enfant, le malade a eu de l'eczéma impétigineux du cuir chevelu; une otite purulente à l'âge de 10 ans. Pas de conjonctivite, aucune affection des voies respiratoires.

A 13 ans, adénites multiples dans les régions axillaires, carotidiennes, sous-maxillaires et parotidiennes; les ganglions suppurent et sont incisés à l'Hôtel-Dieu de Lyon.

A 20 ans, apparition d'abcès au niveau des ganglions préauriculaires. Il y a huit mois, chancre syphilitique de la verge; il y a un mois, érysipèle localisé au côté gauche de la face.

Il y a environ un an, apparition au niveau de l'arcade dentaire inférieure, immédiatement en avant du masséter, d'une petite tumeur du volume d'un pois. Cette tumeur se développe lentement, et dépasse pendant l'érysipèle le volume d'une noisette.

Le malade prétend que depuis quinze jours cette glande a diminué d'une façon notable.

État actuel. — État général satisfaisant. Un peu de gingivite; quelques plaques muqueuses disséminées.

Du côté droit, cicatrices profondes au niveau des ganglions préauriculaires, parotidiens et sous-maxillaires; ganglion rétro-auriculaire engorgé.

A gauche, cicatrices correspondant aux ganglions parotidiens, carotidiens et axillaires. Les ganglions sous-maxillaires sont très volumineux. Dans la joue gauche, un peu au-dessous de la ligne commissurale, on trouve un ganglion gros comme un pois, juste en avant du masséter, à un travers de doigt et demi au-dessus du bord inférieur du maxillaire. Ce ganglion est légèrement saillant à l'intérieur de la bouche. Il roule aisément sous le doigt et n'occasionne aucune gêne au malade.

OBSERVATION XI

(Recueillie dans le service de M. le professeur agrégé Augagneur.)

Mono-adénite sous-orbitaire.

Cécile C..., 10 ans. Entrée en mai 1891 à la salle Sainte Croix. Père mort de maladie inconnue, mère bien portante.

Cette enfant a eu de l'impétigo du cuir chevelu; elle est sujette à des conjonctivites et est porteuse d'une fistule lacrymale à l'œil droit. Pas d'otite. Quelques rares bronchites.

Elle est entrée dans le service de M. le professeur Augagneur pour une polyadénite cervicale du côté droit.

A diverses reprises, on a pratiqué chez elle des injections d'huile créosotée.

État actuel. — État général passable. Ganglions axillaires et carotidiens insignifiants. Petits ganglions dans la région sous-maxillaire gauche. Du côté droit, la région sous-maxillaire présente deux ganglions du volume de petits œufs, ganglions parfaitement mobiles.

Rien dans la joue gauche ou du côté du préauriculaire gauche. La joue droite ne présente ni ganglion massétérin, ni ganglion commissural. Un peu au-dessus d'une ligne prolongée, qui passerait par le sillon naso-labial et à quatre travers de doigt environ de ce sillon, on trouve une petite tumeur du volume d'un pois, roulant sous le doigt et parfaitement indolente (voir figure 3 ce ganglion fortement exagéré; une erreur d'impression le place à gauche et non pas à droite). Ce ganglion, dur, résistant, semble assez profondément situé au niveau du bord inférieur de l'os malaire.

Sur la ligne commissurale, petite cicatrice rosée dont la malade ne sait expliquer la cause.

OBSERVATION XII

(Recueillie dans le service de M. Augagneur.)

Mono-adénite masséterine.

Benoît B..., 8 ans et demi. Entré le 2 mai 1892 à l'hospice de l'Antiquaille pour abcès multiples des os.

Engorgements ganglionnaires multiples dans la région cervicale. Pas d'otites, coryza chronique.

Du côté droit, abcès ganglionnaire dans la région parotidienne, plaque de lupus à peine marquée dans la région préauriculaire.

A gauche, devant l'oreille, plaque de lupus s'étendant du tragus au bord inférieur du maxillaire. Un peu au-dessous de la ligne commissurale, juste en avant du masséter, ganglion dur, roulant sous le doigt. Ce ganglion fait saillie sous la muqueuse buccale. Il est arrondi et a environ le volume d'un gros pois.

OBSERVATION XIII

(Recueillie dans le service de M. Augagneur.)

Abcès ganglionnaire de la joue gauche.

F..., 9 ans. Entré dans la salle Sainte-Mathieu le 6 mai 1892.

Père bien portant. Mère sujette à bronchites. Huit frères ou sœurs en bonne santé.

Le petit malade est entré dans le service de M. Augagneur pour tumeur blanche de l'articulation tibio-tarsienne. Dans son histoire, pas d'impétigo du cuir chevelu, pas d'otite, pas de conjonctivite. Le malade est peu sujet aux bronchites.

Il y a six mois, à la suite d'un coup de boule métallique sur le pied, l'enfant a vu gonfler son articulation, dont la gêne fonctionnelle est devenue de plus en plus considérable.

Il y a sept mois environ, apparition dans la joue gauche d'un petit corps gros comme une noisette et très résistant. Cette petite tumeur, qui siégeait un peu plus haut que la ligne commissurale prolongée, occupait le bord antérieur du masséter. Gênante pour la mastication, elle est restée indolente jusqu'à ces derniers temps, où s'est constitué à sa place un abcès légèrement douloureux. Ce dernier s'est ouvert spontanément au dehors.

Lavages à l'eau phéniquée et pansement à la poudre d'iodoforme.

OBSERVATION XIV

(Recueillie dans le service de M. Augagneur.)

Mono-adénite commissurale.

Paul J..., 13 ans. Entré le 2 juin 1891 dans la salle Saint-Mathieu.

Père rhumatisant, sujet à bronchite. Mère morte de variole, avait bonne santé. Frère mort de maladie inconnue. Une sœur plus âgée, malade, n'a pas d'abcès ganglionnaires.

Le malade compte dans ses antécédents personnels une rougeole et un phlegmon diffus de l'avants-bras et du bras qui nécessite une intervention chirurgicale.

État actuel. — Eczéma du cuir chevelu sur un espace large comme deux pièces de 5 fr. Fistule lacrymale de l'œil gauche.

Plaques de lupus et d'eczéma disséminées sur le visage. Pas d'otite, pas de conjonctivite.

La région sous-maxillaire présente des ganglions de très petit volume. A gauche, un peu au-dessus de la ligne commissurale prolongée, ganglion dur, du volume d'un gros pois, situé sous muqueuse et roulant sous le doigt. Pas de gêne fonctionnelle. Ce ganglion varierait constamment de volume d'après le malade.

OBSERVATION XV

(Due à l'obligeance de M. le Dr Biot, de Mâcon.)

Adénite génienne commissurale droite.

M^{me} D..., 39 ans, assez forte, brune, ayant le teint moyennement coloré et l'apparence d'une santé à peu près bonne est cependant sujette depuis douze ans à des poussées d'adénites suppurées des ganglions cervicaux. Elle attribue l'origine de ces accidents à une couche malheureuse qu'elle a eue en 1873. L'observation de cette couche fait partie d'un travail actuellement en préparation sur la *Rétention plus ou moins prolongée, sans accidents d'enfants morts dans l'utérus*, dont j'ai pu observer trois cas dans ma clientèle en quinze ans.

Le fœtus était mort à 6 mois et demi, à la suite d'un coup contre l'angle d'une table, et elle n'avait accouché que deux mois et demi après, c'est-à-dire à terme, sans aucun accident ni complication.

Est-ce vraiment cette rétention qui aurait lentement intoxiqué la mère, et produirait ultérieurement ces poussées successives, intermittentes, d'adénites? N'est-ce pas plutôt le résultat des conditions d'hygiène défectueuse où elle était placée à ce moment : habitation basse, humide, mal aérée, adossée à un terrain plus élevé que le sol du magasin, travail pénible, chagrins ou plutôt tournure d'esprit chagrine? Je pencherais plutôt du côté de cette dernière hypothèse.

Quoi qu'il en soit, cette malade vient à peu près tous les trois mois à mon cabinet me montrer un nouveau ganglion enflammé, en voie de suppuration. Après incision et curetage, je bourre la cavité d'iodoforme; mais la cicatrisation est généralement lente, donnant lieu à une petite suppuration demi-séreuse, difficile à tarir.

C'est généralement la région cervicale gauche qui est le siège de ces inflammations. Toutefois, au mois de mars dernier, j'eus occasion de lui enlever un ganglion enflammé,

sous-mentonnier, siégeant exactement sur la ligne médiane. Après l'ablation, il persista longtemps de l'induration, sans suppuration.

Le traitement général qu'elle suit depuis longtemps, phosphate, créosote, iodure, n'a pas sensiblement modifié cette tendance à la suppuration.

Il y a trois semaines environ, elle est encore venue, porteuse d'un ganglion sous-auriculaire gauche, rouge, tuméfié, douloureux. Une ponction à la lancette en fit sortir gros comme un pois de pus jaunâtre, ayant la consistance du mastic. En même temps, la malade me montre une petite tumeur qui s'était développée depuis huit jours environ dans l'épaisseur de la joue droite et qui l'inquiétait beaucoup, quoiqu'elle fût indolore.

Cette tumeur, de la grosseur d'un gros noyau de cerise, de forme allongée, de consistance très ferme, cependant un peu élastique, située à 3 centimètres environ en dehors et sur la ligne de la commissure labiale, était très mobile entre le plan cutané et le plan muqueux de la joue.

Je pensai à un ganglion; mais il n'y en avait pas dans la région sous-maxillaire de ce côté, à peine sentait-on quelques ganglions cervicaux droits très petits. Fallait-il accuser la dentition, qui est très défectueuse? D'autre part, la région sous-mentonnière où j'avais précédemment enlevé ce ganglion enflammé était entièrement guérie, et je ne sentais aucune trainée entre ce point et cette nouvelle tumeur.

Bref, mon diagnostic resta hésitant. Toutetois, j'avais nettement proposé l'ablation par la face muqueuse pour éviter une cicatrice; mais la malade déclara qu'elle préférerait attendre; je ne l'ai pas encore revue.

Ce fait, après m'avoir intrigué, aurait sans doute été oublié, si ces jours derniers je n'avais reçu un travail écrit par M. Vigier, sous l'inspiration de M. le professeur Poncet, et traitant la question des adénites géniennes.

Sa lecture me remit en mémoire les détails de mon observation, et me permit de faire un diagnostic rétrospectif ferme, sur lequel je n'avais pas osé être affirmatif, lors de l'examen de la malade, n'ayant pas eu l'occasion de rencontrer ni d'entendre citer des faits identiques.

C'est une observation de plus à ajouter à celle que le

D^r Vigier a recueillies; je regrette seulement que la pusillanimité de la malade ne m'ait pas permis d'avoir la preuve indiscutable de la nature de cette tumeur.

III

Adénites cancéreuses.

Beaucoup plus rares que les adénites tuberculeuses de la joue, les adénites cancéreuses géniennes sont consécutives à des cancroïdes des paupières, de la joue, à des épithéliomas des lèvres. La lèvre inférieure envoyant presque tous ses lymphatiques à la région sus-hyoïdienne, il s'ensuit que les épithéliomas si fréquents de cet organe n'intéressent guère les ganglions lymphatiques géniens. Toutefois, dans une de nos observations recueillie dans le service de M. le professeur Poncet, il est question d'une malade porteuse d'un épithélioma de la lèvre inférieure, chez qui s'étaient engorgés les ganglions de la chaîne génienne.

En général, lorsque l'infection ganglionnaire se produit, le néoplasme est ulcéré ou a déjà pris un certain développement. Dans les trois observations que nous publions, il s'agit d'épithéliomas ayant envahi une étendue relativement considérable.

L'adénite cancéreuse génienne semble coïncider presque toujours avec l'adénite sous-maxillaire. Comme les ganglions sous-maxillaires, les ganglions géniens deviennent ligneux; en se fusionnant, ils donneraient vraisemblablement la sensation d'une plaque indurée et résistante.

L'examen histologique du ganglion survenu dans le cours d'un épithélioma prouve d'une façon évidente sa dégénérescence néoplasique. Ce dernier fait présente une grande importance au point de vue du traitement chirurgical des épithéliomas. En pratiquant l'excision de ces néoplasmes, il ne faudra pas oublier de rechercher les ganglions buccaux, de les extirper quel que soit leur volume, si l'on ne veut pas s'exposer à des récidives dangereuses, si l'on veut éviter que le ganglion lymphatique devienne à son tour le point de départ d'une tumeur maligne.

OBSERVATION XVI

(Communiquée par M. Poncet. — Résumé.)

Adénite cancéreuse de la joue droite.

X....., 70 ans, entre au commencement d'avril 1887 dans le service de M. le professeur Poncet.

Sur la lèvre inférieure, épithélioma à forme ulcéreuse, occupant les trois quarts de la lèvre, en partant de la commissure droite.

On constate dans la joue droite, un peu au-dessus du bord inférieur du maxillaire inférieur et correspondant à l'arcade dentaire, la présence d'une petite tumeur. Cette dernière, du volume d'une grosse noisette, offre une consistance ferme; elle roule difficilement sous le doigt. Elle accompagne la faciale.

Pas de ganglions sous-maxillaires ni sus-hyoïdiens.

20 avril 1882. — Excision de l'épithélioma. L'ablation de la tumeur révèle un ganglion ayant subi la dégénérescence néoplasique.

OBSERVATION XVII

(Recueillie dans le service de M. le professeur agrégé Pollosson.)

L....., âgé de 78 ans, cultivateur, entre le 10 décembre 1892, dans le service de M. le professeur agrégé Pollosson, avec le diagnostic de cancroïde de la face. Le néoplasme siège du côté droit, au niveau de l'arcade zygomatique ; il est ulcéré, à bords surélevés, à fond sanieux. Les dimensions sont celles d'une pièce de 2 fr. Son développement d'abord très lent a fait des progrès assez rapides depuis que l'ulcération s'est produite.

Dans la région sous-maxillaire correspondante, on trouve un ganglion lymphatique du volume d'une noix, très dur, et présentant un certain degré d'adhérence avec les parties voisines et avec des ganglions voisins plus petits. En avant du masséter droit, sur le trajet de la faciale, à 2 centimètres au-dessus du bord inférieur du maxillaire inférieur, petit ganglion du volume d'un gros pois. Cette tumeur, assez mobile, est superficielle, et semble siéger sous la peau.

15 décembre 1892. — Le malade est opéré par M. Pollosson, qui enlève préalablement le ganglion anté massétéрин et les ganglions sous-maxillaires.

OBSERVATION XVIII

(Leçon sur le cancroïde de la face de M. le professeur agrégé M. Pollosson. — *Province médicale*, 25 janvier 1892.)

..... Le troisième malade que je vous présente est un homme de 74 ans, dont l'état général est assez bien conservé. Il est

entré à l'hôpital, salle Saint-Sacerdos, pour une ulcération située sur la joue droite. Cette ulcération part du milieu de la face externe du nez, se dirige, d'une part, transversalement le long de la paupière inférieure, environ à 2 centimètres au-dessous, et, d'autre part, se coude à angle droit pour embrasser la narine droite. Elle est couverte sur une partie de son trajet de croûtes très épaisses, et sur une autre partie, elle se présente sous forme d'une ulcération.

La peau avoisinante est un peu rouge, adhérente à l'os sous-jacent, et présente dans son épaisseur de petits nodules et des saillies.

A l'angle externe de l'œil droit, se trouve une grande ulcération, de la largeur d'une pièce de 1 fr., à contours irréguliers, recouverte de croûtes ; la peau n'est pas adhérente aux tissus profonds. La lésion a débuté il y a deux ans par un petit bouton.

On trouve un petit ganglion induré en avant du masséter.

Ce malade est atteint d'un cancroïde de la peau de la face.....

IV

Des observations ultérieures révéleront sans doute la présence des ganglions géniens ailleurs que dans les lésions tuberculeuses ou cancéreuses de la face. Il est possible qu'à la suite de chancres simples ou syphilitiques de la face, on puisse rencontrer des adénites de la joue. Les chancres des lèvres, qui

provoquent d'habitude des adénites sous-maxillaires, ne pourraient-ils pas retentir sur les lymphatiques de la joue et sur leurs ganglions? A l'hospice de l'Antiquaille, il nous a été donné de voir, chez une femme porteuse d'un chancre situé au milieu de la lèvre supérieure, une tuméfaction occupant les deux côtés de la région sous-maxillaire. Cette tumeur, d'un volume considérable, dépassait largement, à droite et à gauche, le bord inférieur du maxillaire inférieur, et remontait jusqu'au niveau de l'arcade dentaire supérieure. On distinguait dans cette masse inflammatoire quelques ganglions sous-maxillaires, mais il était impossible de distinguer les ganglions prémassétéris, que l'infection syphilitique avait dû cependant atteindre.

Dans les quelques cas de chancre induré des lèvres (cette affection est d'ailleurs peu fréquente) (1), sur lesquels ont porté nos recherches, nous avons toujours eu la malchance de ne pas découvrir de ganglions lymphatiques géniaux. Presque toujours, dans le chancre syphilitique des paupières ou de la joue, on signale l'engorgement des ganglions préauriculaires, souvent même, à l'exclusion des autres ganglions lymphatiques (2). Pourquoi les ganglions de la joue ne seraient-ils pas, eux aussi, tributaires de l'infection spécifique?

La suppuration des ganglions atteints à la suite

(1) D'après une statistique de M. Fournier, le chancre labial serait au chancre induré des autres régions du corps, dans le rapport de 4 à 100.

(2) *Traité des maladies vénériennes* de Rollet.

de chancres indurés de la face, n'est pas chose exceptionnelle (1); il serait intéressant d'observer des abcès d'origine syphilitique dans l'épaisseur de la joue.

Toutes les hypothèses que nous venons de formuler à l'endroit des adénites syphilitiques des joues, nous pourrions les reproduire au sujet des affections susceptibles de retentir sur les ganglions de la région génienne.

Les nombreux lymphatiques qui servent de trait d'union entre les ganglions parotidiens et buccaux, nous permettent de croire que la parotidite suppurée peut retentir sur les ganglions de la joue.

Dans la diphtérie, où les chaînes ganglionnaires situées au-dessous du maxillaire inférieur peuvent acquérir un volume considérable, ne pourrait-on pas observer des adénites buccales? Les lymphadénomes des régions sous-maxillaires ou cervicales, ne pourraient-ils pas envahir les ganglions lymphatiques géniens?

Mais, poursuivre cette énumération d'hypothèses, poser des problèmes dont la solution est si malaisée, serait chose puérile. Sans nous lancer dans des considérations inutiles et chimériques, contentons-nous des faits pratiques qu'il nous a été permis d'étudier, et résumons ce qui découle de nos observations, ce que nous apprend la longue expérience de M. le Professeur Poncet.

(1) *Cliniques chirurgicales* de Delpech.

On peut rencontrer, dans l'épaisseur des joues, des lésions inflammatoires diverses, d'origine ganglionnaire, dont jusqu'à ce jour on ignorait la pathologie exacte.

L'anatomie a démontré l'existence de ganglions lymphatiques là où la clinique les avait révélés à M. Poncet, et il nous semble difficile, dorénavant, de méconnaître ces inflammations.

On évitera une erreur de diagnostic en songeant à la possibilité de ces adénites.

Enfin, en dehors de certaines indications opératoires qui découlent du siège même de la lésion, de la tuméfaction plus ou moins grande du côté de la cavité buccale, on saura que dans les épithéliomas de la face, d'autres ganglions que ceux connus peuvent être envahis, et que pour faire une opération complète, il peut être nécessaire d'enlever les ganglions de la joue devenus secondairement malades. A ces divers points de vue, les lésions diverses dont nous nous sommes occupé nous paraissent mériter l'attention des cliniciens.

Nous proposons de les appeler adénites géniennes ou adénites de Poncet, leur donnant le nom du chirurgien qui les a découvertes.

Vu, bon à imprimer :

POUR LE DOYEN, L'ASSESEUR,

LORTET.

Vu et permis d'imprimer :

LE RECTEUR,

E. CHARLES.

Vu, bon à imprimer :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,

PONCET.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

MASCAGNI. — Vasorum lymphaticorum corporis humani historia et iconographia, 1787.

SAPPEY. — Iconographie des lymphatiques.

TILLAUD, — Traité d'anatomie topographique.

TESTUT. — Traité d'anatomie humaine.

LUSCHKA. — Die anatomie des Menschen.

ROLLET — Traité des maladies vénériennes.

POULET et BOUSQUET. — Traité de pathologie externe.

TABLES DES MATIÈRES

Introduction.....	9
Des ganglions lymphatiques géniens.....	11
Des adénites géniennes.....	23
Adéno-phlegmons de la joue.....	26
Adéno-phlegmon d'origine dentaire.....	29
Adéno-phlegmon simple.....	33
Observations d'adéno-phlegmons.....	40
Adénites chroniques de la joue.....	45
Observations d'adénites chroniques.....	60
Adénites cancéreuses.....	78
Observations d'adénites cancéreuses.....	79
Conclusions.....	81
